

Große Anfrage

der Fraktion der FDP/DVP

und

Antwort

der Landesregierung

Aktuelle Situation und Perspektiven des Rettungsdiensts in Baden-Württemberg

Große Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

I. Struktur des Rettungsdiensts in Baden-Württemberg

1. Was sind die wesentlichen, prägenden Strukturen des Rettungsdiensts von Baden-Württemberg?
2. Welche Art von Leistungserbringung ist im Bereich des Rettungsdiensts von Baden-Württemberg von ihr gewünscht und was hält sie in der Struktur für änderungsbedürftig?
3. Inwiefern ist ihr bekannt, wie die Struktur des Rettungsdiensts im Vergleich mit den anderen Bundesländern ist?
4. Wie unterscheidet sich nach ihrer Kenntnis die Struktur des Rettungsdiensts im Vergleich mit der Europäischen Union und den weiteren Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)?
5. Inwiefern ist ihr bekannt, wie die Lage des Rettungsdiensts in Baden-Württemberg im Vergleich (Auflistung) zu den Ländern und Regionen der Europäischen Union sowie den weiteren Staaten der OECD ist?
6. Wo sieht sie Optimierungspotenziale im Rettungsdienst von Baden-Württemberg?
7. Inwieweit hält sie die Argumentation in der Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vom 24. Mai 2012 auf die Situation im Land für übertragbar (unter Angabe der Konsequenzen auf die Rechtslage in Baden-Württemberg)?
8. Wie bewertet sie – auch vor diesem Hintergrund – eine Trennung von Krankentransport und Notfallrettung in Baden-Württemberg?

Eingegangen: 10.01.2013 / Ausgegeben: 25.03.2013

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

Der Landtag druckt auf Recyclingpapier, ausgezeichnet mit dem Umweltzeichen „Der Blaue Engel“.

II. Sicherstellung und Verbesserung der Qualität in der Notfallrettung

1. Gibt es eine Evaluation zur Integration der Leitstellen in Baden-Württemberg (unter Angabe der Ergebnisse)?
2. Gibt es ihrer Ansicht nach weitere Optimierungspotenziale im Bereich der Leitstellen?
3. Wie sieht die gesamte zeitliche Verteilung der Hilfsfrist, aufgeschlüsselt nach den einzelnen Komponenten der Hilfsfrist (Zeit bis zur Disposition, Ausrückzeit, Anfahrtszeit) in den einzelnen Rettungsdienstbereichen aus?
4. Welche Möglichkeiten sieht sie, die Hilfsfrist im Krankentransport auf 40 Minuten mit einer Häufigkeit von 95 von Hundert der nicht-prädisponierbaren Einsätze festzusetzen?
5. Gibt es ihrer Ansicht nach die Möglichkeit einer gesetzlichen Verankerung eines „Helfer vor Ort“-Konzepts (First Responder) zur Verringerung des therapiefreien Intervalls als weiteren Baustein in der Rettungskette?
6. Welche Chance besteht bei der Umsetzung auf den digitalen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS)-Funk zeitgleich sogenannte „car-PCs“ einzuführen, um eine bessere Disponierung von Rettungsmitteln zu erreichen?

III. Personal – Nachwuchsgewinnung – Qualifizierung

1. Welche Probleme bei der Nachwuchsgewinnung für den Rettungsdienst gibt es?
2. Welche Bedeutung hat das Ehrenamt für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg, insbesondere was plant sie, um junge Menschen für das Ehrenamt in diesem Bereich zu gewinnen?
3. Welchen Anteil bilden Teilnehmer eines Freiwilligen Sozialen Jahrs (FSJ) und des Bundesfreiwilligendienstes (Bfdl) sowie Ehrenamtliche an der Arbeit des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg (Aufschlüsselung in Prozent)?
4. Welche Auswirkungen hatte das Aussetzen des Wehersatz-/Zivildienstes für den Rettungsdienst beziehungsweise sind weitere Auswirkungen zu erwarten?
5. Welche Maßnahmen sind geplant, um im Rettungsdienst dem Fachkräftemangel und dem demografischen Wandel zu begegnen sowie die Nachwuchsgewinnung sicherzustellen?
6. Wie stellt sich die Einkommenssituation von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern im Rettungsdienst dar, wie bewertet sie diese und was plant sie, um die Einkommenssituation zu verbessern?
7. Wie bewertet sie den Entwurf eines Bundesgesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes im Hinblick auf die Anpassung an Strukturen anderer Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsfachberufe, insbesondere der Einführung einer Ausbildungsvergütung?
8. Wie bewertet sie den Vorschlag aus dem unter Abschnitt III. Ziffer 7. genannten Gesetzentwurf, dass an den Rettungsdienstschulen die Lehrkräfte eine „entsprechende, abgeschlossene Hochschulausbildung“ vorzuweisen haben und in welchen vergleichbaren Berufsausbildungen gibt es entsprechende Vorschriften?

9. Welche Anpassungen plant sie im Falle des unveränderten Inkrafttretens des Referentenentwurfs des „Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes“ in § 9 Rettungsdienstgesetz (RDG)?

10.01.2013

Dr. Rülke, Dr. Goll
und Fraktion

Begründung

Spätestens seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts haben gewaltige Entwicklungen im Bereich der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland stattgefunden. Aufgrund neuester Erkenntnisse der medizinischen Forschung wurde es immer häufiger möglich, Notfallpatienten das Überleben zu sichern – diese Entwicklung hält bis heute an.

Auch die Konzeption des Rettungsdiensts hat sich verändert: vom einfachen „Verladen“ und Transportieren des Patienten in ein Krankenhaus zur heutigen hochwertigen medizinischen Versorgung am Einsatzort war es ein langer Weg. Und dies immer im Sinne des Patienten – diese Sicherheit, im Notfall schnelle, adäquate medizinische Hilfe zu bekommen, ist ein wichtiger Baustein für die hohe Lebensqualität im Land.

Denn es gilt immer noch, dass jeder, immer und überall zum Notfallpatienten werden kann; sei es im Straßenverkehr, auf der Arbeit, bzw. in den Schulen oder in der Freizeit.

Der Rettungsdienst ist daher eine wichtige Aufgabe; mit diesem Antrag möchte die FDP/DVP-Landtagsfraktion klären, ob die Landesregierung die richtigen Schwerpunkte setzt.

Da mit einer Großen Anfrage nur Schlaglichter betrachtet werden können, konzentrieren wir uns auf die Themenkomplexe „Struktur“, „Qualitätssicherung- und verbesserung“ sowie „Personal“.

Struktur des Rettungsdiensts in Baden-Württemberg

Stetige Veränderungen im Bereich der Notfallmedizin, der technischen Möglichkeiten, der Versorgungsanforderung und der Kostenstruktur machen ebenso stetige Anpassungen der Struktur des Rettungsdiensts in Baden-Württemberg nötig, gerade auch im Vergleich mit den anderen Bundesländern bzw. OECD-Ländern. Regelmäßig muss überprüft werden, ob die Struktur des Rettungsdiensts noch zeitgemäß ist.

Auch gerichtliche Entscheidungen, wie z.B. die Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vom 24. Mai 2012 können Anpassungen erforderlich machen. Die genannte Entscheidung besagt beispielsweise, dass der Vorrang der Hilfsorganisationen beim bodengebundenen Rettungsdienst gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit verstößt.

Dies führt automatisch zur Frage, wie die zukünftige Struktur des Rettungsdiensts aus Sicht der Landesregierung aussehen soll, um der Bevölkerung die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Hierbei stellt sich die Frage, wie die Landesregierung eine Trennung von Notfallrettung und Krankentransport bewertet.

Konkret muss die Landesregierung die Frage beantworten, was sie im Ergebnis der oben genannten Einschätzungen umzusetzen gedenkt und welche Kosten dadurch dem Land, den Kommunen und den Kosten- und Leistungsträgern entstehen werden.

Sicherstellung und Verbesserung der Qualität in der Notfallrettung

Im Zuge der Vereinheitlichung der Notrufnummer 112 innerhalb der EU kam es in Baden-Württemberg auch zur Schaffung von integrierten Leitstellen von Feuerwehr und Rettungsdienst. Für die FDP/DVP-Landtagsfraktion stellt sich die Frage, welchen Beitrag zur Versorgungsqualität diese Integration geleistet hat und ob im Bereich der Leitstellen weitere positive Effekte erzielt werden können.

Ein weiteres wichtiges Thema der Notfallrettung stellt die Hilfsfrist dar, wie auch schon durch verschiedene parlamentarische Anfragen in jüngster Zeit belegt wurde. Aufgrund der vorhandenen Daten stellt sich die Frage, wie sich die gesamte zeitliche Verteilung der Hilfsfrist in den einzelnen Rettungsdienstbereichen nach den Einzelkomponenten darstellt: wie lange dauert es von der Annahme eines Notrufs bis zur Disponierung des Einsatzes, wie lang ist die Ausrückzeit, wie lang sind die reinen Anfangszeiten?

Aus Erfahrungsberichten werden immer wieder erheblich lange Wartezeiten bei nicht-prädisponierbaren Krankentransporteinsätzen gemeldet. Es stellt sich also die Frage, ob es Möglichkeiten für die Einführung einer „Hilfsfrist“ von 40 Minuten für solche Einsätze geben könnte. Dies ist insbesondere von Interesse, da es dazu bisher keine Regelung im Gesetz gibt.

Eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität könnte das Konzept „Helfer vor Ort“ (First Responder) sein. Hierdurch wird das therapiefreie Intervall verringert, ohne den Primärrettungsdienst zu ersetzen. Es stellt einen weiteren Baustein in der Rettungskette dar, indem sanitätsdienstliche geschulte Helfer vor Ort zeitgleich mit dem Rettungsdienst alarmiert werden und schon Basismaßnahmen ergreifen können, bevor Rettungstransportwagen oder Notarzt eintreffen. Studien haben in diesem Zusammenhang positive Ergebnisse für die Patienten erbracht. Die Landesregierung sollte darlegen, ob es eine Möglichkeit zur gesetzlichen Verankerung dieses Konzepts gibt.

Aber auch die Chancen, die die gängige Technik bietet, insbesondere Globales Positionierungssystem (GPS), sollten im Rettungsdienst Einzug halten. Die Umstellung auf die digitale BOS-Funktechnik stellt eine günstige Gelegenheit dar, durch Einführung von carPCs die Disposition von Einsatzmitteln zu verbessern. Hierdurch ist es der Leitstelle möglich, das Rettungsmittel zu alarmieren, welches dem Einsatzort am nächsten ist. Dies würde auch zu einer Reduktion der Hilfsfrist führen.

Personal – Nachwuchsgewinnung – Qualifizierung

Weiterhin soll der Frage nachgegangen werden, ob es Probleme bei der Nachwuchsgewinnung gibt. Gerade der Rettungsdienst konnte bisher traditionell auf Ehrenamtliche, FSJler und Zivildienstleistende bzw. Bundesfreiwilligendienstleistende zählen – es stellt sich also die Frage, welche Bedeutung diese jeweiligen Personengruppen für den Rettungsdienst haben, wie man insbesondere junge Menschen für ein Ehrenamt in diesem Bereich begeistern kann und welche Folgen für den Rettungsdienst aus dem Aussetzen der Wehrpflicht entstanden sind. Die Landesregierung sollte erläutern, wie sie darauf zu reagieren gedenkt und wie die Nachwuchsgewinnung gestaltet werden sollte. Zentraler Aspekt hierbei ist auch die Einkommenssituation von sowohl haupt- als auch ehrenamtlichem Personal.

Auf Bundesebene ist derzeit eine Novellierung des Rettungsassistentengesetzes in Arbeit – ein Referentenentwurf eines „Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes“ ist derzeit im Gesetzgebungsverfahren. Hierbei ist die Bewertung der Vorschläge durch die Landesregierung im Bereich der Ausbildungsstruktur und die steigenden Anforderungen an die Ausbilder von besonderem Interesse, da diese beiden Aspekte gerade auch für die Ausbildungsstätten im Land von großem Interesse sind.

Sollte das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin in der Fassung des jetzigen Entwurfs in Kraft treten, muss mindestens § 9 des Rettungsdienstgesetzes in Baden-Württemberg (Besetzung von Rettungsfahrzeugen) angepasst werden. Da

dies in der Bundesrepublik uneinheitlich gehandhabt wird und für die Personal- und Ausbildungsplanung notwendig ist, sollte die Landesregierung frühestmöglich ihre Planung bekannt machen.

Antwort

Schreiben des Staatsministeriums vom 19. Februar 2012 Nr. I:

In der Anlage übersende ich unter Bezugnahme auf § 63 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg die von der Landesregierung beschlossene Antwort auf die Große Anfrage.

Krebs

Ministerin im Staatsministerium

Anlage: Schreiben des Innenministeriums

Mit Schreiben vom 19. Februar 2013 Nr. 45461.0/0/65 beantwortet das Innenministerium im Einvernehmen mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren im Namen der Landesregierung die Große Anfrage wie folgt:

I. Struktur des Rettungsdiensts in Baden-Württemberg*1. Was sind die wesentlichen, prägenden Strukturen des Rettungsdiensts von Baden-Württemberg?*

Zu 1.:

Gesetzliche Grundlage für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg ist das Rettungsdienstgesetz (RDG) vom 8. Februar 2010 (GBl. S. 285). Der Rettungsdienstplan des Landes konkretisiert das Rettungsdienstgesetz. In ihm sind die Grundzüge einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes festgelegt und der Handlungsrahmen für die im Rettungsdienst Tätigen beschrieben. Träger des Rettungsdienstes sind die im Rettungsdienstgesetz gesetzlich bestimmten gemeinnützigen Hilfsorganisationen.

Der Rettungsdienst umfasst die Sicherstellung der Notfallrettung und des Krankentransports. Aufgabe der Notfallrettung ist es, bei Notfallpatienten Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden am Notfallort einzuleiten, sie transportfähig zu machen und unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern. Aufgabe im Krankentransport ist die fachgerechte Beförderung Kranker, Verletzter oder sonstiger Hilfsbedürftiger.

Der Rettungsdienst wird auf Selbstkostenbasis durchgeführt. Die Finanzierung des Rettungsdienstes erfolgt durch drei Teilbereiche: durch Benutzungsentgelte der den Rettungsdienst in Anspruch Nehmenden beziehungsweise deren Krankenversicherung, durch Landeszuschüsse und durch einen Eigenanteil der Leistungsträger. Die Kosten des Rettungsdienstes beinhalten auch Vorhaltekosten, da ein wirksames Hilfeleistungssystem rund um die Uhr über 365 Tage im Jahr vorgehalten wird. Die öffentliche Förderung durch das Land umfasst neben Zuschüssen zu den Ausbildungs-, Betriebs- und Verwaltungskosten im Wesentlichen Zuschüsse zu den Investitionskosten für Einrichtungen des Rettungsdienstes, insbesondere für Rettungswachen. Für die Bergrettung und für die Wasserrettung sind zudem die Kosten für die Beschaffung der notwendigen Rettungsmittel förderfähig (vgl. § 30 Abs. 1 RDG).

Die Finanzierung über Benutzungsentgelte beinhaltet insbesondere die laufenden Betriebskosten einschließlich der Mietkosten, die Investitionskosten für Einsatzfahrzeuge des bodengebundenen Rettungsdienstes und der Luftrettung sowie sämtliche Kosten der Rettungsleitstellen beziehungsweise des rettungsdienstlichen Teils der Integrierten Leitstellen einschließlich der für den Betrieb notwendigen Kommunikationstechniken.

Nach dem in Baden-Württemberg geltenden Vereinbarungsprinzip werden die für Leistungen der Notfallrettung zu zahlenden Entgelte zwischen den Krankenkassen und den Leistungsträgern in eigener Verantwortung und auf eigenes wirtschaftliches Risiko vereinbart. Dabei ist der im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – verankerte gesetzliche Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Der Krankentransport wird von den gemeinnützigen Hilfsorganisationen sowie von privaten Krankentransportunternehmen auf der Grundlage einer Genehmigung nach § 15 RDG durchgeführt.

2. Welche Art von Leistungserbringung ist im Bereich des Rettungsdiensts von Baden-Württemberg von ihr gewünscht und was hält sie in der Struktur für änderungsbedürftig?

Zu 2.:

Die Landesregierung will die Art der Leistungen und deren Qualität auch zukünftig sicherstellen und möglichst weiter verbessern.

Angesichts der künftigen Herausforderungen durch die demografische Entwicklung, die Strukturentwicklungen im ländlichen Raum und einer zunehmenden Konzentration sowie Spezialisierung im Krankenhaussektor sind die flächendeckenden Rettungsdienststrukturen und Personalressourcen der Hilfsorganisationen im Bereich der hauptamtlich und ehrenamtlich Tätigen wichtiger denn je. Die Hilfsorganisationen helfen jährlich in rund 700.000 Notfällen, Gesundheit und Leben zu retten. Darüber hinaus sind die ehrenamtlichen Kräfte der Hilfsorganisationen ein wichtiges Element im Bevölkerungsschutz.

Die bewährten Hilfeleistungsstrukturen sind zur Bewältigung der aufgezeigten Herausforderungen weiterzuentwickeln. Den ehrenamtlich tätigen Ersthelfern wird zukünftig eine immer wichtiger werdende unterstützende Funktion zukommen, um in bestimmten Gebieten das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen der Rettungsdienstkräfte zu verkürzen. Die Landesregierung sieht hier für die Zukunft Handlungsbedarf für eine Stärkung der Rettungskette durch eine systematische Einbindung von Ersthelfern (First Respondern).

Darüber hinaus hängt der Behandlungserfolg nicht nur von einer möglichst frühen Alarmierung des Rettungsdienstes und seinem reibungslosen Funktionieren ab, sondern wesentlich auch von einer sofortigen effizienten Erste-Hilfe durch Laien. Hierzu gilt es, die Selbsthilfefähigkeit der Bürgerinnen und Bürger zu stärken.

3. Inwiefern ist ihr bekannt, wie die Struktur des Rettungsdiensts im Vergleich mit den anderen Bundesländern ist?

Zu 3.:

Der Rettungsdienst ist in den Bundesländern unterschiedlich strukturiert.

Baden-Württemberg hat die Aufgaben des Rettungsdienstes gesetzlich direkt an Dritte übertragen. In anderen Bundesländern ist der Rettungsdienst auf die Landkreise und kreisfreien Städte beziehungsweise auf einen Rettungszweckverband (Bayern, Saarland) als gesetzlicher Aufgabenträger übertragen. Die Kommunen können als Träger den Rettungsdienst eigenständig durchführen, wenn eine dafür geeignete Einrichtung zur Verfügung steht. Das sind in größeren Städten oft die Berufsfeuerwehren. Soweit der Träger des Rettungsdienstes die Notfallversorgung nicht selbst durchführt, kann er sich anderer Institutionen bedienen. Das ist überwiegend der Fall. Der Rettungsdienst wird auch in diesen Bundesländern letztlich überwiegend von den sanitätsdienstlichen Hilfsorganisationen durchgeführt.

Zur Finanzierung des Rettungsdienstes schließen in diesen Bundesländern wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Sachsen und Sachsen-Anhalt die Kommunen als Träger des Rettungsdienstes mit den einzelnen Leistungserbringern entgeltliche Verträge über die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsdienstleistungen; die Vergütung der Rettungsdienstleistungen erfolgt unmittelbar über die Kommunen als Auftraggeber durch behördlich festgesetzte Gebühren (Submissions-/Gebührenmodell). Das Risiko der Refinanzierung bei den Krankenversicherungen tragen die Kommunen.

In anderen Bundesländern wie in Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland werden die Benutzungsentgelte für Leistungen der Notfallrettung wie in Baden-Württemberg zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Leistungserbringern in eigener Verantwortung und auf eigenes wirtschaftliches Risiko vereinbart (Konzessionsmodell).

4. *Wie unterscheidet sich nach ihrer Kenntnis die Struktur des Rettungsdiensts im Vergleich mit der Europäischen Union und den weiteren Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)?*
5. *Inwiefern ist ihr bekannt, wie die Lage des Rettungsdiensts in Baden-Württemberg im Vergleich (Auflistung) zu den Ländern und Regionen der Europäischen Union sowie den weiteren Staaten der OECD ist?*

Zu 4. und 5.:

Bedingt durch die Vielfalt der geografischen, kulturellen und politischen Unterschiede in den Ländern und Regionen der Europäischen Union sowie den weiteren Staaten der OECD sind auch im Rettungsdienst erhebliche Unterschiede insbesondere im Hinblick auf das staatliche Gesundheitssystem, die Infrastruktur, die Rettungsmittel und das Rettungsdienstpersonal zu verzeichnen. Eine Erhebung verlässlicher Daten und Informationen für eine Vergleichsanalyse des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg beziehungsweise in Deutschland mit den Strukturen des Rettungsdienstes in den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union und den weiteren Staaten der OECD wurde bisher nicht durchgeführt und ist nicht vorgesehen. Eine Recherche wäre nur mit einem nicht vertretbaren hohen Aufwand möglich. Insgesamt kann jedoch allgemein festgestellt werden, dass die Notfallversorgung in Deutschland zu den besten flächendeckenden und allgemein zugänglichen Systemen gehört (vgl. Christopher Niehues, Notfallversorgung in Deutschland, 1. Auflage 2012, S. 13). Dies ist in Deutschland einvernehmliche Meinung der am Rettungswesen Beteiligten. Im Vergleich zu anderen Staaten ist das Besondere am deutschen Rettungsdienstsystem die notarztgestützte und hilfsfristorientierte präklinische Notfallversorgung.

6. *Wo sieht sie Optimierungspotenziale im Rettungsdienst von Baden-Württemberg?*

Zu 6.:

Baden-Württemberg hat mit der – flächendeckend und unabhängig von der Einwohnerdichte geltenden – doppelten Hilfsfrist für den Rettungstransport sowie für die Notarzteinsätze einen der höchsten Versorgungsmaßstäbe im Rettungsdienst. Ziel ist es, auch künftig eine bestmögliche und flächendeckende Notfallversorgung sicherzustellen. Trotz aller Optimierungsbemühungen wird nie ein abschließender Stand erreicht werden. Einerseits stellen die sich stetig verändernden Notfallszenarien und Krankheitsbilder eine Herausforderung dar. Andererseits gilt es, technische Entwicklungen zur Verbesserung der Rettungsmittel und der verwendeten IuK-Technik zu nutzen.

Im Mittelpunkt steht die Verbesserung der Hilfsfrist. Hierzu werden zahlreiche Anstrengungen und Maßnahmen auf Landesebene und in den Stadt- und Landkreisen unternommen. Die Instrumente reichen von organisatorischen Verbesserungen wie einer Überprüfung der Alarm- und Ausrückzeiten über Standortverlegungen von Rettungswachen und Notarztstandorten bis hin zu Strukturveränderungen durch die Beschaffung zusätzlicher Einsatzfahrzeuge. Weitere Verbesserungspotenziale bestehen in einer gezielteren Ressourcennutzung der Rettungsmittel durch ein angepasstes Dispositionsverhalten in den integrierten Leitstellen. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst als oberstes Gremium der Selbstverwaltung im Rettungsdienst hat beispielsweise im Juli 2012 die Einführung eines landeseinheitlichen GPS-gestützten Flottenmanagementsystems beschlossen. Derzeit erarbeiten die Leistungs- und Kostenträger ein einheitliches Flottenmanagementsystem.

Bei allem Bestreben auf Einhaltung der Hilfsfrist ist zu erwarten, dass diese Bemühungen immer wieder durch steigende Einsatzzahlen „aufgezehrt“ werden.

Neben der Hilfsfrist, die letztendlich nur eine Planungsgröße für die rettungsdienstliche Infrastruktur ist, muss das Augenmerk auch auf andere Teile der Rettungskette vom Auftreten des Notfalls bis zur effizienten Behandlung im Krankenhaus gerichtet werden. Dort kann oft weitaus mehr für die schnelle und sichere rettungsdienstliche Versorgung erreicht werden.

Ein entscheidender Punkt ist die Qualitätssicherung. Auf Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg wurde in den Jahren 2011/2012 eine „Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW)“ neu eingerichtet. Die SQR-BW ist ein landesweit, das heißt bereichsübergreifend tätiges und unabhängiges Kompetenzzentrum, das sich in vollem Umfang auf die Verbesserung der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) im Rettungsdienst konzentriert und mit den eigenen Fachkräften notärztlichen, rettungsdienstlichen und betriebswirtschaftlichen Sachverstand bündelt. Dieses Kompetenzzentrum nimmt landesweit die Rettungsdienststrukturen sowie die Versorgung der Notfallpatienten in den Blick. Alle Beteiligten im Rettungsdienst erhalten künftig eine wichtige und zielgerichtete Unterstützung bei ihren Anstrengungen, die hohe Qualität weiterhin zu gewährleisten und um dort, wo weitere Verbesserungen möglich sind, gezielt eingreifen zu können.

Während der Aufbauphase der SQR-BW liegen die Arbeitsschwerpunkte in der wissenschaftlich fundierten Entwicklung von Qualitätsindikatoren und im Aufbau einer Datenstruktur und -erfassung. Damit wird eine umfassende Transparenz der Stärken und Verbesserungspotenziale im Rettungsdienst Baden-Württemberg hergestellt und erforderliche Maßnahmen zur Verbesserung auf allen Ebenen können gezielt und wirkungsvoll vorgenommen werden.

Flankierend hierzu und als Grundlage für ein medizinisches Qualitätsmanagement hat der Landesausschuss für den Rettungsdienst zur Weiterentwicklung des bereits bestehenden Dokumentationssystems in Baden-Württemberg aktuell im November 2012 landesweit die einheitliche Dokumentation der Notarzt-Einsätze auf der Grundlage des fortgeschriebenen „Minimalen Notfalldatensatzes MIND 3“ durch alle im Rettungsdienst mitwirkenden Notärzte beschlossen. Hierbei handelt es sich um einen Kerndatensatz, der eine definierte und von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) autorisierte Menge an Merkmalen und Merkmalsbeschreibungen zur Dokumentation der präklinischen Notfallrettung enthält. Die Umsetzung an den Notarztstandorten erfolgt im Jahr 2013.

Gemeinsam mit den im Rettungsdienst Tätigen will die Landesregierung zur Verbesserung der Notfallversorgung die Selbsthilfefähigkeit der Bürgerinnen und Bürger stärken und Ersthelfer einbinden. Hierzu gehören beispielsweise Schulungen zur Reanimation, Aktionen zur Verbesserung der Maßnahmen nach Schlaganfällen und die Befähigung der Leitstellendisponenten zur telefonischen Unterstützung der Erste-Hilfe-Maßnahmen durch Laienhelfer.

In die Optimierungsprozesse ist auch die Übergabe des Patienten durch den Rettungsdienst an der Schnittstelle zum Krankenhaus einzubeziehen. Damit die Notfallpatienten möglichst rasch klinisch versorgt werden können, muss die reibungslose Übernahme der Notfallpatienten durch das Krankenhaus sichergestellt werden.

Ziel ist auch eine bessere Ausbildung der Rettungsassistenten. Hierfür schafft der Bundesgesetzgeber durch ein neues Notfallsanitätergesetz aktuell den gesetzlichen Rahmen.

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst hat im November 2012 zudem die Kosten- und Leistungsträger gebeten, im Jahr 2013 ein landesweites Konzept für ein Transportsystem für adipöse Patienten zu erarbeiten.

Die Landesregierung beabsichtigt, eine Gesetzesinitiative zur Anpassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) an die Aufgaben des Rettungsdienstes in den Bundesrat einzubringen. Die Notfallrettung beschränkt sich heute nicht mehr auf den bloßen Transport des Patienten in ein Krankenhaus. Der Rettungsdienst führt vielmehr am Notfallort die erforderlichen medizinischen Behandlungs- und Versorgungsleistungen am Patienten durch und häufig wird durch die Versorgung vor Ort eine Einlieferung ins Krankenhaus entbehrlich.

Die bisherige Verknüpfung der Kostenübernahme in § 60 Abs. 1 SGB V an eine weitere Leistung der Krankenkasse hat zur Folge, dass in vielen Fällen ein Transport des Patienten ins Krankenhaus durchgeführt wird, ohne dass hierfür eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Dadurch entstehen erhebliche zusätzliche

und vermeidbare Kosten. Die geplante Änderung des SGB V sieht daher vor, den Rettungsdienst aus dem Bereich der „Fahrkosten“ (§ 60 SGB V) herauszunehmen und als einen eigenständigen Leistungsbereich zu regeln ohne die zwingende Abhängigkeit der Erstattungsfähigkeit von einer weiteren Versorgungsleistung durch ein Krankenhaus. Dadurch werden Unwirtschaftlichkeitspotenziale beseitigt.

Als weiteres Ziel strebt die Gesetzesinitiative eine Änderung in § 75 SGB V an, um die rechtlichen Voraussetzungen für eine landesrechtliche Regelung zu schaffen, die eine enge Verzahnung des Rettungsdienstes (Notfallrettung und Notarzt-dienst) mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst durch eine Annahme und Lenkung der Einsätze des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes durch die Integrierte Leitstelle ermöglicht. Die Annahme und Vermittlung der Hausbesuche des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Einsätze des Notarztes in akuten medizinischen Notfällen aus einer Hand führt zu einer indikationsgerechteren Einsatzzuweisung an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst beziehungsweise an den Notarzt. Zudem ist eine deutliche Absenkung der „Fehleinsatzquote“ bei Notarzteinsätzen und damit eine Verbesserung der Hilfsfrist im Rettungsdienst zu erwarten.

Zur Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung hat sich die Landesregierung für eine Aufstockung der Fördermittel um jeweils 1,6 Millionen Euro in den Jahren 2013 und 2014 (insgesamt von 3,2 Millionen Euro) eingesetzt. Die zusätzlichen Mittel sollen im Rahmen der Jahresförderprogramme 2013/ 2014 für die Erneuerung der Luftrettungsstationen in Baden-Württemberg bereitgestellt werden.

7. Inwieweit hält sie die Argumentation in der Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vom 24. Mai 2012 auf die Situation im Land für übertragbar (unter Angabe der Konsequenzen auf die Rechtslage in Baden-Württemberg)?

8. Wie bewertet sie – auch vor diesem Hintergrund – eine Trennung von Krankentransport und Notfallrettung in Baden-Württemberg?

Zu 7. und 8.:

Maßstab der Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vom 24. Mai 2012 ist die bayerische Landesverfassung, sodass diese Entscheidung nur unmittelbare Auswirkungen auf das bayerische Rettungsdienstgesetz entfaltet. Zudem sind die Rettungsdienstsysteme von Bayern und Baden-Württemberg nicht identisch, sodass die Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs auf die Regelungen im Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg nicht ohne Weiteres übertragbar ist.

In Bayern sind die kommunalen Zweckverbände gesetzliche Aufgabenträger des Rettungsdienstes; zudem sieht das bayerische Rettungsdienstgesetz eine Vergabe von Rettungsdienstleistungen im Wege der Beauftragung nach einem gesetzlich geregelten Vergabeverfahren vor. Abweichend hiervon sieht das Rettungsdienstgesetz in Baden-Württemberg direkt eine gesetzliche Übertragung der Aufgaben-/ Leistungsträgerschaft auf die Hilfsorganisationen vor. Bereits im Jahr 2002 hat der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg (VGH) über die Rechtmäßigkeit der gesetzlichen Privilegierung der Hilfsorganisationen im Rettungsdienst entschieden. Der VGH stellte in seinem Urteil vom 22. Oktober 2002 (Az: 4 S 220/02) die Vereinbarkeit mit dem Verfassungsrecht fest; es liegt weder ein Verstoß gegen Art. 12 GG noch gegen Art. 3 Abs. 1 GG vor.

Von der Notfallrettung zu unterscheiden ist der Krankentransport. Hierfür, das heißt für die Beförderung Kranker, Verletzter oder sonst Hilfebedürftiger, die keine Notfallpatienten sind, sieht das Rettungsdienstgesetz seit dessen Novellierung im Jahr 1998 auch für private Anbieter die Durchführung gewerblicher Krankentransporte bei Erfüllung der allgemein gültigen Genehmigungsvoraussetzungen vor (§§ 2 Abs. 2 Satz 5, 15 RDG).

II. Sicherstellung und Verbesserung der Qualität in der Notfallrettung

1. Gibt es eine Evaluation zur Integration der Leitstellen in Baden-Württemberg (unter Angabe der Ergebnisse)?

Zu 1.:

Das Rettungsdienstgesetz und das Feuerwehrgesetz sehen seit deren Novellierung im Jahr 1998 die Bildung integrierter Leitstellen als „Soll-Vorschrift“ vor. Mit der Gesetzesänderung beider Gesetze im November 2009 wurde die Bildung integrierter Leitstellen verpflichtend vorgeschrieben. Derzeit gibt es im Rettungsdienst 30 integrierte Leitstellen und vier Rettungsleitstellen. In allen Bereichen ohne integrierte Leitstellen sind zwischenzeitlich Vereinbarungen zur Bildung integrierter Leitstellen getroffen beziehungsweise stehen kurz vor dem Abschluss oder es läuft bereits die technische Umsetzung.

Die Leitstellenträger evaluieren in ihrem Zuständigkeitsbereich ständig die Leitstellen beziehungsweise deren Arbeit. Sie passen hierzu die Leitstellentechnik, die Ablauforganisation und die Dispositionsabläufe den aktuellen Entwicklungen an.

Das Land steuert im Rahmen der Möglichkeiten der Selbstverwaltung des Rettungsdienstes in grundsätzlichen Angelegenheiten. Beispielsweise sind zu nennen die Herausgabe der gemeinsamen Hinweise zur Fortentwicklung der Leitstellenstruktur, die Einführung des Digitalfunks und die Einführung eines landesweiten Flottenmanagementsystems.

2. Gibt es ihrer Ansicht nach weitere Optimierungspotenziale im Bereich der Leitstellen?

Zu 2.:

Die Integrierten Leitstellen sind die zentralen Alarmierungs- und Führungsunterstützungskomponenten der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr. In Folge der Entstehung neuer Gefahrenszenarien und aufgrund technischer Fortentwicklungen in der IuK-Technik unterliegen die Integrierten Leitstellen einem ständigen Optimierungsprozess. Solche Entwicklungen werden sowohl vom Innenministerium als auch von den Leistungsträgern im Rettungsdienst ständig bewertet und in die zuständigen Gremien eingebracht.

Darüber hinaus wird sich die im Jahr 2012 neu eingerichtete Stelle zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst auch mit den Abläufen in den Leitstellen beschäftigen und Optimierungsvorschläge einbringen.

Aus Sicht der Landesregierung stehen hier auch Fragen von landesweit grundsätzlicher Bedeutung an. Hierzu gehört die in den Gremien und in der Öffentlichkeit diskutierte Forderung zur Bildung Bereichsübergreifender Integrierter Leitstellen und somit letztendlich der Reduzierung Integrierter Leitstellen.

Die Reduzierung auf die Frage Bereichsübergreifender Leitstellen greift jedoch zu kurz. Wenn man über die künftige Leitstellenstruktur nachdenkt, muss zunächst eine Aufgaben- und Organisationsanalyse im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Hierbei sind unter anderem die Folgen der demografischen Entwicklung und die damit verbundenen zusätzlichen Serviceleistungen wie Hausnotruf, Transportleistungen im Pflegebereich und kassenärztlicher Notdienst mit zu beleuchten. Aus einer solchen Analyse ergibt sich eine landesweit einheitliche und eventuell auch zentrale Aufbauorganisation der Leitstellenstruktur, in der die Problematik der bereichsübergreifenden Zusammenlegung keine Bedeutung mehr haben kann.

Ziel muss auch die Einführung einer landesweit einheitlichen Leitstellentechnik und -software sein. Denkbar sind die Schaffung, die Bereitstellung und der Betrieb einer landesweiten und vernetzten Leitstellentechnik. In weiterer Folge wären die Fragen der Trägerschaft und der gesetzlichen Verankerung zu klären.

Das Innenministerium hat bereits Gespräche mit den Leistungs- und Kostenträgern im Rettungsdienst, dem Städtetag, dem Landkreistag und dem Landesfeuerwehrverband aufgenommen und einen Konsens zur Weiterentwicklung und Konkretisierung dieser Vorstellungen erzielt. Das Projekt wird sich über mehrere Jahre erstrecken.

3. Wie sieht die gesamte zeitliche Verteilung der Hilfsfrist, aufgeschlüsselt nach den einzelnen Komponenten der Hilfsfrist (Zeit bis zur Disposition, Ausrückzeit, Anfahrtszeit) in den einzelnen Rettungsdienstbereichen aus?

Zu 3.:

Zur Hilfsfristeinhaltung in Baden-Württemberg wird auf die in der Anlage beige-fügte Hilfsfristbilanz der Jahre 2008 bis 2011 verwiesen.

Die Hilfsfrist ist durch landeseinheitliche Vorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst konkretisiert. Die Hilfsfrist markiert danach – wie in den meisten anderen Bundesländern auch – die Zeitspanne ab dem Abschluss des Notrufgesprächs in der Leitstelle beziehungsweise ab dem Beginn der Disposition bis zum Eintreffen der Hilfe am Notfallort. Die Hilfsfrist umfasst damit die im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung des Notrufgesprächs folgende Einsatzvergabe durch die Leitstelle, die Ausrückzeit des Rettungsmittels sowie die Anfahrtszeit (unter Inanspruchnahme von Sonderrechten) zum Notfallort. Für die Hilfsfristeinhaltung ist die entsprechende Zeitspanne nur in ihrer Gesamtheit relevant. Die Ausrückzeit stellt eine Teilgröße dar; landesweite Daten liegen dazu nicht vor.

Die dem Notrufgespräch vorangehende Gesprächszeit umfasst den Zeitraum vom Eingang des Notrufs in der Leitstelle bis zum Beginn der Disposition, während der der Leitstellendisponent alle Informationen abfragt, die für die Vergabe des nächstgelegenen, geeigneten Rettungsmittels erforderlich sind. Dieser Zeitraum ist nicht Bestandteil der Hilfsfrist. Konkrete Vorgaben gibt es insoweit nicht, jedoch soll diese Spanne so kurz wie möglich sein. Validierte landesweite Daten liegen hierzu nicht vor. Aufgrund einer Auswertung aller hilfsfristrelevanten Rettungsdiensteinsätze des Jahres 2007 der Landeshauptstadt Stuttgart beträgt dort die durchschnittliche Gesprächszeit etwa zwei Minuten. Von dieser Zeitdauer kann auch landesweit ausgegangen werden.

4. Welche Möglichkeiten sieht sie, die Hilfsfrist im Krankentransport auf 40 Minuten mit einer Häufigkeit von 95 von Hundert der nicht-prädisponierbaren Einsätze festzusetzen?

Zu 4.:

Die eingeschränkte Bedarfsprüfung bei der Zulassung privater Unternehmer im Krankentransport wurde im Rettungsdienstgesetz 1998 abgeschafft. Der Krankentransport unterliegt seitdem im vollen Umfang dem Wettbewerb, zu dem private Unternehmen bei Erfüllung der allgemein gültigen Genehmigungsvoraussetzungen (Zuverlässigkeit, fachliche Eignung, betriebliche Voraussetzungen) freien Zugang haben.

Da Krankentransporte disponibel sind, ist eine rund um die Uhr Versorgung nicht erforderlich. Anders als in der Notfallrettung ist daher auch keine Hilfsfrist als feste Planungsgröße vorgegeben. Die Zahl der Krankentransportfahrzeuge orientiert sich deshalb insbesondere an den marktwirtschaftlichen Gegebenheiten, wobei die Höhe der zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger in eigener Verantwortung vereinbarten Benutzungs-entgelte ein wesentlicher Faktor ist.

Die bestehenden Regelungen gewährleisten eine tragfähige Basis für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Krankentransports. Eine Einwirkungsmöglichkeit auf die Wartezeit bei Krankentransporten durch die Landesregierung besteht daher nicht.

Im Übrigen haben sich die gesetzlichen Leistungsträger in den Rahmenvereinbarungen mit dem Land nach § 2 Abs. 1 RDG dazu verpflichtet, in den Rettungs-

dienstbereichen den Rettungsdienst einschließlich des qualifizierten Krankentransports durchzuführen. Dabei sind sie an die Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes und des Rettungsdienstplanes des Landes gebunden. Nach Kapitel 3 Ziffer 1 des Rettungsdienstplans des Landes ist eine bedarfsgerechte Versorgung aller Landesteile mit den Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung und Krankentransport) aufrechtzuerhalten. Längere Wartezeiten sollen hiernach vermieden werden. Leider ist dies nicht immer möglich. Aufgrund von Rückmeldungen ist davon auszugehen, dass in einzelnen Rettungsdienstbereichen insbesondere in Spitzenzeiten teilweise auch Wartezeiten von einer Stunde und mehr auftreten können. Die Ursachen sind durch die Bereichsausschüsse und die Leistungsträger zu klären.

5. Gibt es Ihrer Ansicht nach die Möglichkeit einer gesetzlichen Verankerung eines „Helfer vor Ort“-Konzepts (First Responder) zur Verringerung des therapiefreien Intervalls als weiteren Baustein in der Rettungskette?

Zu 5.:

Die Verkürzung des therapiefreien Intervalls ist der Landesregierung – wie bereits in Frage 2 aufgezeigt – ein wichtiges Anliegen. Neben einer Verbesserung der Situation der Erste-Hilfe-Ausbildung in der Bevölkerung kommt hierbei Helfer-vor-Ort-Systemen (First Responder) eine zentrale Bedeutung zu.

Helfer-vor-Ort-Systeme sollen weiterhin auf freiwilliger Basis durch die Hilfsorganisationen betrieben werden. Sie sind ein wichtiges Element zur Qualitätsverbesserung innerhalb der Rettungskette. Abzulehnen ist das Anrechnen des Eintreffens von Ersthelfern auf die Hilfsfrist im Rettungsdienst. Hierfür ist die Verfügbarkeit mindestens eines Rettungswagens mit einem Rettungsassistenten am Notfallort notwendig.

Eine gesetzliche Verankerung freiwilliger Hilfeleistungssysteme ist problematisch, weil ein solches System mit der Möglichkeit der rechtlichen Verpflichtung von Bürgerinnen und Bürgern verbunden sein müsste und einen Eingriff in Grundrechte darstellen würde.

6. Welche Chance besteht bei der Umsetzung auf den digitalen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS)-Funk zeitgleich sogenannte „car-PCs“ einzuführen, um eine bessere Disponierung von Rettungsmitteln zu erreichen?

Zu 6.:

Bereits heute bestehen im Rettungsdienst die technischen Möglichkeiten, einsatzrelevante Daten zwischen der Leitstelle und den Rettungsmitteln zu übertragen. Unter anderem können die Zielkoordinaten und Adressinformationen des Einsatzortes, Informationen zur Einsatzart sowie die Positionsdaten und der Status des Einsatzfahrzeuges übermittelt werden.

Während derzeit eine Reihe von unterschiedlichen Übertragungswegen wie Analogfunk, digitale Alarmierungsnetze (POCSAG-Netze) oder Mobilfunk genutzt werden, soll zukünftig konsequent das BOS-Digitalfunknetz zur Datenübertragung eingesetzt werden.

In Verbindung mit der Einführung eines landesweiten Flottenmanagementsystems lässt sich die „Nächste-Fahrzeug-Strategie“, das heißt die Disposition des nächstgelegenen, geeigneten Rettungsmittels, weiter optimieren. Bereits vor Einführung des Digitalfunks soll ein solches landesweites System eingeführt werden, um eine Optimierung bei der Disposition zu erzielen. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst hat unter Leitung des Innenministeriums die Einführung des Systems im Jahr 2012 (siehe auch Frage I., 6.) bereits beschlossen.

III. Personal – Nachwuchsgewinnung – Qualifizierung

1. Welche Probleme bei der Nachwuchsgewinnung für den Rettungsdienst gibt es?

Zu 1.:

Der qualifizierte Rettungsdienst stellt hohe Anforderungen an das medizinische Personal. Entsprechend dem RDG werden im Rettungsdienst insbesondere hauptberuflich tätige Rettungsassistenten, Rettungssanitäter und Rettungshelfer eingesetzt.

Essentielle Probleme bei der Gewinnung entsprechenden Personals sind dem Innenministerium von Seiten der Rettungsdienstorganisationen nicht mitgeteilt worden.

Zwar ist der Zivildienst, aus dem in der Vergangenheit ein großer Teil des Nachwuchses rekrutiert wurde, entfallen. Die dadurch entstandene Lücke wird jedoch inzwischen weitestgehend durch Freiwillige im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) und im Bundesfreiwilligendienst (Bufdi) geschlossen. Allerdings wird von einer Hilfsorganisation auf die mangelhafte Planungssicherheit bei den Bufdi hingewiesen. Der geringe Grad der Verbindlichkeit der entsprechenden Regelungen führe immer wieder dazu, dass der Freiwilligendienst nach wenigen Monaten abgebrochen werde. Diese Situation erschwere eine Investition in einschlägige Ausbildungen.

2. Welche Bedeutung hat das Ehrenamt für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg, insbesondere was plant sie, um junge Menschen für das Ehrenamt in diesem Bereich zu gewinnen?

Zu 2.:

Ehrenamtlichkeit ist seit jeher Ausdruck des Selbstverständnisses der Hilfsorganisationen, das bis heute seinen Stellenwert im Rettungsdienst behalten hat. Ehrenamtliche Helfer sind hoch motivierte Einsatzkräfte mit entsprechenden rettungsdienstlichen Qualifikationen, die sie zumeist neben ihrer beruflichen Tätigkeit im Rahmen entsprechender Aus- und Fortbildungen erworben haben und die diese Qualifikationen nunmehr in den Dienst der Allgemeinheit stellen.

Allerdings wird es durch die mit der weiteren Professionalisierung des Rettungsdienstes verbundenen steigenden Anforderungen an die Aus- und Fortbildung immer schwieriger, die entsprechenden Qualifikationen gewissermaßen „nebenbei“ im Rahmen ehrenamtlichen Engagements zu erwerben.

Das Deutsche Rote Kreuz und der Maltester Hilfsdienst weisen auf wichtige Schnittstellen der Ehrenamtlichkeit für das gesamte Hilfeleistungssystem hin. Zum Beispiel werde durch die Mitwirkung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer im Rettungsdienst die Qualität und Erfahrung des Rettungsdienstes in den Bevölkerungsschutz übertragen und biete dadurch den Bürgerinnen und Bürgern auch bei komplexen, größeren Schadenslagen eine bestmögliche rettungs- und sanitätsdienstliche Versorgung.

Die Gewinnung Ehrenamtlicher erfolgt in klassischer Verbandsarbeit. Dies reicht von der persönlichen Ansprache im Freundes- oder Bekanntenkreis, über Jugend- und Schularbeit bis hin zu spezifischen Veranstaltungen wie den „Tagen der Ersten Hilfe“, „Tage der offenen Tür“ oder im Rahmen von Messen. Die interkulturelle Ansprache gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Die Landesregierung kann in der direkten Motivation nur unterstützend wirken. Beispielsweise unterstützt sie eine von den Hilfsorganisationen im Stadtkreis Karlsruhe entstandene Informationsplattform „Helfen kann Jeder“ und beabsichtigt deren Ausweitung auf das ganze Land mitzufinanzieren. Sie plant ferner eine Ehrenamtsplakette im Bevölkerungsschutz für ehrenamtsfreundliche Arbeitgeber einzuführen.

Entscheidend für die Gewinnung Ehrenamtlicher ist aber auch eine gute Fahrzeug- und Geräteausstattung. Hier gilt es, auch zukünftig die Einheiten des Katastrophenschutzes bestmöglich auszustatten.

3. Welchen Anteil bilden Teilnehmer eines Freiwilligen Sozialen Jahrs (FSJ) und des Bundesfreiwilligendienstes (Bufdi) sowie Ehrenamtliche an der Arbeit des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg (Aufschlüsselung in Prozent)?

Zu 3.:

Der Anteil der Teilnehmer eines FSJ und des Bufdi sowie der Ehrenamtlichen an der Arbeit des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg ergibt sich aus nachfolgender Übersicht. Da für 2012 noch keine Daten vorliegen, wurde als Datenbasis das Jahr 2011 zugrunde gelegt. In diesem Jahr waren teilweise noch Zivildienstleistende im Einsatz.

	Leistungsträger					Gesamt
	ASB	DRK BaWü	DRK Bad RK	JUH	MHD	
Hauptamtliche Kräfte	267	2.950	943	166	243	4.403
Ehrenamtliche Helfer	46 (10,3 %)	335 (8,7 %)	68 (5,6 %)	71 (25,6 %)	48 (14,3 %)	497 (7,5 %)
Sonstige [FSJ-Helfer, Bufdi, Zivildienstleistende (Zivi)]	133 (29,8 %)	581* (15,0)	195** (11,6 %)	40 (24,1 %)	44 (11,3 %)	953 (16,3 %)
Gesamt	446	3.866	1.206	277	335	5.853

*davon 62 Zivi; ** davon 7 Zivi.

4. Welche Auswirkungen hatte das Aussetzen des Wehrrersatz-/Zivildienstes für den Rettungsdienst beziehungsweise sind weitere Auswirkungen zu erwarten?

Zu 4.:

Wie bereits in der Antwort zu Frage III. 1. dargestellt, konnten in der Vergangenheit aus dem Kreis der Zivildienstleistenden häufig ehrenamtliche Helfer rekrutiert werden. Diese „Eintrittspforte“ zum Ehrenamt ist durch das Aussetzen des Wehrrersatz-/Zivildienstes nunmehr entfallen. Allerdings lässt sich ein großes Interesse derjenigen jungen Menschen an einer Tätigkeit bei den Hilfsorganisationen feststellen, die sich für einen Freiwilligendienst im FSJ und Bufdi entscheiden haben. Es wird sich zeigen, inwieweit es den Hilfsorganisationen gelingen wird, Teilnehmer eines Freiwilligen Sozialen Jahres oder des Bundesfreiwilligendienstes für das Ehrenamt zu gewinnen.

5. Welche Maßnahmen sind geplant, um im Rettungsdienst dem Fachkräftemangel und dem demografischen Wandel zu begegnen sowie die Nachwuchsgewinnung sicherzustellen?

Zu 5.:

Wie bereits im Rahmen der Antwort zu III. 1. und III. 2. dargestellt, erfolgt die Nachwuchsgewinnung der Hilfsorganisationen im Wesentlichen über die ehrenamtlich Tätigen sowie die Freiwilligen im Rahmen der Freiwilligendienste. Mit der Einführung des neuen Berufsbildes der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sind eine Steigerung der Attraktivität dieses Gesundheitsfachberufes und insoweit weitere Impulse zur Nachwuchsgewinnung zu erwarten. Dies wird uneingeschränkt begrüßt.

Darüber hinaus wird es immer wichtiger, das innerbetriebliche Gesundheitsmanagement in den Focus zu nehmen, um älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rettungsdienst längerfristig eine Perspektive zu bieten. Das DRK Baden-Württemberg befasst sich sehr intensiv mit dem Thema und hat in einem Kreisverband das Projekt „AGIRE“ (alt werden und gesund bleiben im Rettungsdienst) ins Leben gerufen.

6. *Wie stellt sich die Einkommenssituation von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern im Rettungsdienst dar, wie bewertet sie diese und was plant sie, um die Einkommenssituation zu verbessern?*

Zu 6.:

Allgemein gilt, dass ehrenamtliche Tätigkeit von dem Grundsatz der Unentgeltlichkeit geprägt ist. Auch nach dem Selbstverständnis ehrenamtlich Tätiger sind ehrenamtliches Engagement und Erwerbstätigkeit grundsätzlich zu trennen.

Dessen unbeschadet ist eine Tendenz erkennbar, ehrenamtliche Tätigkeit immer mehr auch durch Aufwandsentschädigungen finanziell anzuerkennen. Die Regelung der Aufwandsentschädigungen erfolgt dabei in eigener Verantwortung der Hilfsorganisationen. Ein Überblick über Art, Umfang oder Höhe der gezahlten Aufwandsentschädigungen liegt dem Innenministerium nicht vor.

Die konkrete Vergütung der hauptamtlichen Beschäftigten bei den Rettungsdienstorganisationen richtet sich nach den tariflichen Regelungen.

Die Festlegung der Vergütung obliegt dabei den Tarifvertragsparteien beziehungsweise der individuellen Verhandlung zwischen Mitarbeiter und Arbeitgeber. Das Land hat hierauf keinen Einfluss. Dies gilt ungeachtet der Wechselwirkung mit den Leistungsentgelten im Rettungsdienst, die entsprechend dem RDG in Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und Krankenkassen festzulegen sind. Initiativen zur Verbesserung der Einkommenssituation und Steigerung der Attraktivität der Berufe im Rettungswesen sind Sache der Tarifparteien.

7. *Wie bewertet sie den Entwurf eines Bundesgesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes im Hinblick auf die Anpassung an Strukturen anderer Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsfachberufe, insbesondere der Einführung einer Ausbildungsvergütung?*

Zu 7.:

Die Landesregierung begrüßt die mit dem Entwurf des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz) beabsichtigte Übertragung von erweiterten Handlungskompetenzen auf die Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen, die mit einer deutlich verbesserten fachlichen Ausbildung verbunden sind, um ein leistungsgerechtes und an den Bedürfnissen der Hilfesuchenden ausgerichtetes Rettungswesen als wesentlichen Bestandteil staatlicher Daseinsvorsorge auch in Zukunft sicherzustellen.

Der Gesetzentwurf sieht eine Verlängerung der Ausbildungszeit von derzeit zwei auf zukünftig drei Jahre vor. Damit wird die Ausbildung zum Notfallsanitäter und zur Notfallsanitäterin auf das Niveau der meisten anderen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen angehoben (z. B. Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten).

Auch der Ablauf der Ausbildung wird an den der Ausbildungen in den anderen Gesundheitsfachberufen angeglichen, indem im Gegensatz zur Rettungsassistentenausbildung die praktische Ausbildung zukünftig integrierter Bestandteil des theoretischen und praktischen Unterrichts ist.

Die Einführung einer Ausbildungsvergütung wird von der Landesregierung positiv bewertet, da sie die Attraktivität der Ausbildung steigert. Entsprechende Regelungen sehen nur das Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz), das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) sowie das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz) vor. Bei allen anderen Gesundheitsfachberufen gibt es keine vergleichbaren Regelungen und es müssen – im Gegenteil – sogar bei vielen privaten Schulen Schulgelder für die Ausbildung gezahlt werden.

Auch die bisherige Rettungsassistentenausbildung ist für viele Schülerinnen und Schüler mit der Zahlung von Schulgeld verbunden. Der Entwurf des Notfall-

sanitätergesetzes stellt in § 20 Abs. 3 nunmehr klar, dass eine Vereinbarung über die Verpflichtung der Schülerin oder des Schülers für die Ausbildung eine Entschädigung oder ein Schulgeld zu zahlen, nichtig ist.

Angesichts der zunehmenden Verantwortung des Rettungsdienstpersonals hält die Landesregierung die Verlängerung, Umstrukturierung und Intensivierung der Ausbildung für sinnvoll und notwendig. Im Übrigen geht sie davon aus, dass durch diese Maßnahmen die Attraktivität des Berufes erheblich gesteigert wird und große Anreize gesetzt werden, sich für diesen Beruf zu entscheiden.

Nach wie vor ungeklärt ist allerdings die Frage der Finanzierung. Der Gesetzentwurf ist mit erheblichen, in der Begründung des Gesetzentwurfes nicht dargelegten Kostenfolgen für die Länder sowie für die an der zukünftigen Ausbildung beteiligten Träger (Schulen, Krankenhäuser, Lehrrettungswachen, Leistungsträger) verbunden. Der Bundesrat hat dies in seiner Stellungnahme vom 23. November 2012 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung ausdrücklich kritisiert.

8. Wie bewertet sie den Vorschlag aus dem unter Abschnitt III. Ziffer 7. genannten Gesetzentwurf, dass an den Rettungsdienstschulen die Lehrkräfte eine „entsprechende, abgeschlossene Hochschulausbildung“ vorzuweisen haben und in welchen vergleichbaren Berufsausbildungen gibt es entsprechende Vorschriften?

Zu 8.:

Die Landesregierung begrüßt die Regelung in § 6 Abs. 2 Nr. 2 des Entwurfs des Notfallsanitätergesetzes, wonach Notfallsanitäterschulen nur staatlich anerkannt werden, wenn sie eine im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze ausreichende Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte mit entsprechender abgeschlossener Hochschulausbildung für die Durchführung des theoretischen und praktischen Unterrichts nachweisen.

Im Hinblick auf die gegenüber den Rettungsassistentinnen und -assistenten erweiterten Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter, die bislang Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, bedarf es eines hohen Ausbildungsniveaus. Nur gut ausgebildetes Personal kann den steigenden Anforderungen an den Rettungsdienst gerecht werden. Aus diesem Grund ist es gerechtfertigt, hohe Anforderungen an die Qualifikation der Lehrkräfte zu stellen.

Im Bereich der Gesundheitsfachberufe gibt es eine vergleichbare Vorschrift in § 4 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes. Bei der Krankenpflegeausbildung hat sich diese Regelung bewährt. Mit Inkrafttreten des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2004 wurde ein pädagogisch einschlägiger Hochschulabschluss für Lehrpersonen für Pflegeberufe – mit großzügigen Übergangsregelungen – verpflichtend eingeführt. Für die Lehrkräfte, die bei Inkrafttreten des Gesetzes an einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule unterrichteten, enthält das Gesetz eine Regelung zur Besitzstandswahrung, sodass diese nach wie vor an den Krankenpflegeschulen unterrichten dürfen. Zwischenzeitlich hat sich aber die Hochschulausbildung der Lehrkräfte durchgesetzt und damit zu einem hohen Ausbildungsniveau beigetragen.

Nach einer Erhebung durch die Charité im Jahr 2011 können bereits rund 38 Prozent der Lehrkräfte an Krankenpflegeschulen in Baden-Württemberg einen Bachelorabschluss, rund sechs Prozent einen Masterabschluss und rund ein Prozent eine Promotion vorweisen. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren zudem rund zehn Prozent an einer Hochschule (berufsbegleitend) eingeschrieben. Zu beobachten ist, dass die Krankenpflegeschulen mit einer hohen Dynamik auf die Forderung nach akademisch qualifizierten Lehrkräften reagieren.

§ 31 Abs. 2 des Entwurfs des Notfallsanitätergesetzes enthält dem Krankenpflegegesetz vergleichbare Übergangsregelungen im Hinblick auf die Anforderungen an die Qualifikation der Schulleitung und der Lehrkräfte. Darüber hinaus sieht § 31 Abs. 3 des Gesetzentwurfes vor, dass bei Lehrkräften, die bei Inkrafttreten des Gesetzes an einer staatlich anerkannten Rettungsassistentenschule unterrichten, die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 Nr. 2 als erfüllt angesehen werden. Sie müssen folglich keinen Hochschulabschluss nachholen, sondern können auch weiterhin an der Schule unterrichten und ihr Wissen und ihren Erfahrungsschatz an den künftigen Nachwuchs weitergeben.

9. Welche Anpassungen plant sie im Falle des unveränderten Inkrafttretens des Referentenentwurfs des „Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes“ in § 9 Rettungsdienstgesetz (RDG)?

Zu 9.:

In § 9 RDG wird die Besetzung der Rettungsdienstfahrzeuge geregelt. Für die Notfallrettung ist festgelegt, dass ein Rettungswagen sowie ein Notarztwagen oder Notarzteinsatzfahrzeug mit einem Rettungsassistenten zu besetzen sind.

Sollte der Regierungsentwurf des Bundes für ein „Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes“ (Notfallsanitätergesetz) wie vorgesehen zum 1. Januar 2014 in Kraft treten, wird zu prüfen sein, inwieweit eine Anpassung der in den Rettungsdienstgesetzen der Länder getroffenen Regelung zur Besetzung der Rettungsdienstfahrzeuge notwendig wird.

Die bisherige Ausbildung zur Rettungsassistentin und zum Rettungsassistenten wird durch das geplante Notfallsanitätergesetz neu geregelt. Es entsteht ein neuer Gesundheitsfachberuf der „Notfallsanitäterin“ und des „Notfallsanitäters“. Das bisherige Rettungsassistentengesetz soll mit Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes zeitgleich außer Kraft treten. Diese Entwicklung wird bei einer gesetzlichen Anpassung von § 9 RDG zu berücksichtigen sein.

Allerdings ist zu beachten, dass die ersten Absolventen mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin“ oder „Notfallsanitäter“ frühestens Mitte 2017 ihre Ausbildung abschließen können. Des Weiteren wird zu berücksichtigen sein, dass nach § 32 Abs. 2 des Gesetzesentwurfs die Berufsgruppe der Rettungsassistenten nur bei einer Nachqualifizierung durch Ergänzungsprüfung, beziehungsweise kompletten staatlichen Prüfung innerhalb von spätestens sieben Jahren nach Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes die Berufserlaubnis nach neuem Recht erwerben kann. Eine mögliche Neuregelung von § 9 RDG wird daher einer Übergangsregelung bedürfen.

Für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, die nach dem bisher geltenden Recht ausgebildet sind, besteht keine Verpflichtung zum Erwerb einer neuen Berufserlaubnis. Ihnen ist unbenommen, in ihrem bisherigen Beruf mit den entsprechenden beruflichen Kompetenzen auch weiterhin tätig zu sein. Allerdings geht der Gesetzgeber davon aus, dass sich die Rettungsassistenten entsprechend den bundesgesetzlichen Anforderungen nachqualifizieren. Hier wird gemeinsam mit den Leistungserbringern zu erörtern sein, wie sich der künftige Einsatz von Rettungsassistenten neben den Notfallsanitätern darstellt.

In diesem Zusammenhang wird auch die Zielsetzung des neuen Notfallsanitätergesetzes zu beachten sein. Die Zukunft der Notfalleinsätze ist durch komplexer werdende Notfallsituationen gekennzeichnet. Das zunehmende Alter der Patientinnen und Patienten lässt neben der zu erwartenden weiteren Zunahme der Einsatzzahlen eine Veränderung der Krankheitsbilder der Hilfesuchenden erwarten. Die mit der demografischen Entwicklung einhergehende Wandlung des Morbiditätsspektrums und die Ausweitung der Multimorbidität betreffen insbesondere akute und chronische Herz-/Kreislaufkrankungen und andere chronische und psychische Krankheiten. Dabei ist es die Berufsgruppe der bisherigen Rettungsassistenten und künftigen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die neben den Notärztinnen und Notärzten die Hauptlast und die hauptsächliche Verantwortung im Rettungsdienst trägt. Ihre Qualifikation ist damit wesentliche Voraussetzung dafür, dass auch in Zukunft eine fach- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch den öffentlichen Rettungsdienst sichergestellt werden kann.

Das weitere Gesetzgebungsverfahren bleibt abzuwarten. Die Landesregierung wird die Verantwortlichen im Rettungsdienst zu gegebener Zeit in die inhaltliche Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes durch eine Anpassung des Rettungsdienstgesetzes des Landes einbeziehen.

Gall

Innenminister

Hilfsfristbilanz 2008 - 2011

Lfd. Nr.	Rettungsdienstbereich	Einhaltung der notärztlichen Hilfsfrist				Einhaltung der Hilfsfrist Rettungswagen			
		2011	2010	2009	2008	2011	2010	2009	2008
1	Baden-Baden/Rastatt	90,2%	89,0%	89,6%	89,8%	94,2%	95,3%	94,0%	94,4%
2	Biberach	94,6%	95,9%	97,8%	95,2%	96,0%	96,1%	96,9%	97,5%
3	Böblingen	95,1%	93,4%	92,9%	94,0%	95,5%	94,4%	95,1%	95,7%
4	Bodensee	93,8%	93,1%	94,7%	94,5%	95,6%	95,5%	96,6%	96,7%
5	Calw	90,3%	76,4%	77,8%	75,5%	95,8%	95,5%	95,9%	95,4%
6	Emmendingen	92,3%	92,5%	90,6%	89,6%	95,8%	95,7%	95,0%	96,5%
7	Esslingen	91,6%	89,5%	89,9%	83,7%	95,1%	93,4%	95,2%	94,9%
8	Freiburg/Breisgau-Hochschwarzwald	93,2%	94,3%	95,1%	95,7%	93,9%	95,6%	96,2%	97,6%
9	Freudenstadt	87,0%	81,5%	83,0%	82,6%	93,9%	92,0%	93,7%	88,6%
10	Göppingen	94,1%	92,6%	93,5%	92,4%	94,6%	94,1%	94,0%	96,3%
11	Heidelberg/Rhein-Neckar	91,2%	90,2%	91,7%	83,1%	90,9%	93,0%	92,5%	91,3%
12	Heidenheim	96,1%	91,4%	91,1%	88,9%	95,4%	93,8%	94,0%	92,9%
13	Heilbronn	95,2%	93,2%	91,0%	95,3%	95,5%	95,3%	96,1%	95,8%
14	Hohenlohe	87,0%	85,2%	92,1%	92,4%	93,0%	90,5%	91,3%	91,4%
15	Karlsruhe	97,5%	96,6%	94,2%	97,3%	95,5%	95,1%	94,9%	97,7%
16	Konstanz	95,2%	95,3%	95,8%	97,2%	95,2%	95,2%	95,4%	96,7%
17	Lörrach	89,7%	90,0%	92,1%	92,3%	92,6%	93,3%	94,5%	95,2%
18	Ludwigsburg	90,6%	88,6%	92,3%	91,2%	94,6%	93,9%	95,2%	97,2%
19	Main-Tauber	91,3%	91,2%	94,4%	92,7%	92,8%	94,6%	97,2%	97,5%
20	Mannheim	93,8%	93,3%	94,5%	92,2%	95,4%	95,3%	95,6%	95,6%
21	Neckar-Odenwald	91,5%	90,0%	91,9%	92,3%	94,6%	93,0%	96,4%	96,9%
22	Ortenau	89,5%	88,5%	91,0%	90,6%	95,5%	95,1%	95,3%	95,8%
23	Ostalb	94,5%	94,0%	93,7%	93,5%	96,2%	95,6%	96,4%	96,0%
24	Pforzheim/Enz	94,7%	93,8%	93,7%	90,5%	95,1%	94,2%	94,0%	92,5%
25	Ravensburg	89,4%	88,5%	90,2%	90,9%	95,2%	94,4%	94,2%	94,0%
26	Rems-Murr	94,3%	89,5%	88,8%	86,8%	96,6%	95,7%	94,6%	94,0%
27	Reutlingen	92,2%	89,8%	92,5%	92,1%	94,0%	92,7%	95,5%	97,1%
28	Rottweil	94,2%	92,6%	94,6%	95,2%	96,9%	94,8%	96,3%	96,2%
29	Schwäbisch-Hall	87,6%	87,3%	94,3%	91,2%	90,8%	90,7%	96,2%	96,5%
30	Schwarzwald-Baar	97,0%	94,8%	95,2%	95,5%	96,2%	95,7%	96,8%	96,0%
31	Sigmaringen	84,3%	86,4%	87,9%	82,1%	92,3%	92,6%	92,2%	89,6%
32	Stuttgart	96,7%	94,9%	93,5%	90,7%	97,6%	96,9%	96,8%	96,2%
33	Tübingen	94,5%	94,9%	94,2%	89,3%	95,7%	95,4%	95,5%	96,4%
34	Tuttlingen	90,4%	89,7%	88,3%	89,6%	96,9%	95,3%	95,7%	95,2%
35	Ulm/Alb-Donau	94,9%	94,7%	94,7%	93,5%	95,2%	95,1%	95,0%	94,9%
36	Waldshut	86,4%	81,5%	84,1%	83,9%	90,1%	88,2%	89,3%	89,1%
37	Zollernalb	94,0%	93,1%	93,6%	96,0%	95,7%	95,0%	95,4%	96,0%