

Große Anfrage

der Fraktion der FDP/DVP

und

Antwort

der Landesregierung

Situation des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg

Große Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

I.

1. Wie sich die Lage des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg nach der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes im Juli 1998 entwickelt hat (auch was die Personalstellen betrifft),
 - a) getrennt nach Notfallrettungs- und Krankentransportdiensten,
 - b) getrennt nach privaten Anbietern und Leistungsträgern i. S. d. § 2 Abs. 1 RDG?
2. Wie sich Hilfszeiten, Personalstellen und die Ausbildung des Personals seit 1998 entwickelt haben?

II.

3. Wie sie die finanzielle Lage der Rettungsdienste (getrennt nach Notfallrettung und Krankentransport) im Land bewertet, insbesondere ob weitere finanzielle Mittel zur Aufrechterhaltung der bisherigen Leistungen erforderlich sind oder das Zurückführen von Leistungen (z. B. bei Krankentransporten) befürchtet wird?
4. Ob nach ihrer Einschätzung in den Entgeltverhandlungen zwischen Kassen und Rettungsdiensten Waffengleichheit besteht und wenn nein, welche Maßnahmen notwendig sind, die erforderliche Waffengleichheit zu schaffen?
5. Ob es wettbewerbsverzerrende Faktoren (z. B. Quersubventionen, Unterstützung durch Spendenmittel) im Bereich des Krankentransportwesens zwischen privaten Anbietern und Leistungsträgern i. S. d. § 2 Abs. 1 RDG gibt, und wenn ja, in welcher Größenordnung?

6. Wie sich der prozentuale Anteil innerhalb der Leistungsträger i. S. d. § 2 Abs. 1 RDG im Rettungsdienst (getrennt nach Notfallrettung und Krankentransport) seit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes verändert hat?
7. Ob der Landesregierung vergleichende Untersuchungen über die Qualität und Effektivität des Rettungsdienstes im Vergleich zu anderen Bundesländern vorliegen, insbesondere ob ein solcher Vergleich bei sehr unterschiedlicher Auslegung des Begriffs „Hilfsfrist“ überhaupt möglich ist?

III.

8. Welche Erfahrungen es bei der Zusammenarbeit von Feuerwehr und Rettungsdienst gibt (z. B. Wirtschaftlichkeit, Funktionalität, Personalbedarf)?
9. Inwieweit Integrierte Leitstellen landesweit existieren und welche Vor- und Nachteile es bei Integrierten Leitstellen gibt?
10. Welche Schritte sie plant, um weitere Integrierte Leitstellen zu fördern?
11. Welchen Stellenwert sie einer kreis- und länderübergreifenden Vernetzung von Leitstellen einräumt, um vorhandene Kapazitäten in Randgebieten der Rettungsdienstbereiche besser nutzen zu können und wie sie diese Entwicklung unterstützen will?
12. Ob sie Vorsorge getroffen hat, dass das Leitstellenpersonal und das Personal anderer Notrufanfragestellen in der Lage sind, den Notfallrufenden bei akuten Notfällen, wie z. B. plötzlichem Herzversagen, Schlaganfall und starken Blutungen, telefonisch in maximal drei Minuten anhand einer Liste die notwendigen lebenserhaltenden Maßnahmen zu vermitteln, die bis zum Eintreffen von Notarzt und Rettungsdienst notwendig sind?
13. Ob auf den Leitstellen im Land – zumindest in den Großstädten – ein ausreichendes Fremdsprachenpotenzial vorhanden ist, um auch Notrufe ausländischer Mitbürger zumindest entgegennehmen zu können (vgl. aber auch Baden-Württemberg als Transitland)?
14. Ob der Landesregierung bekannt ist, dass es schon heute in einigen Bundesländern und auch in dünn besiedelten Regionen Baden-Württembergs ein akutes Notarztproblem mit steigender Tendenz gibt und welche Maßnahmen sie ergreifen wird, dieses Problem zu lösen?
15. Ob sie davon ausgeht, dass die Verwaltungsreform dazu beiträgt, wünschenswerte kreisübergreifende Kooperation zu befördern bzw. ob ihr bereits Fälle im Land bekannt sind, wo für die Zukunft derartige Überlegungen bestehen?
16. Welche organisatorischen, finanziellen und rechtlichen Änderungen erforderlich sind, um eine umfassende kreisübergreifende Vernetzung in Baden-Württemberg zu erreichen?
17. Ob europarechtliche Rahmenbedingungen existieren oder in Planung sind, die Handlungsbedarf hinsichtlich der Notrufsituation, ggf. auch der Vernetzung und Zusammenführung der Leitstellen und der Ausstattung von Rettungsdienst- und Brandschutzkräften beinhalten?

IV.

18. Welche Konsequenzen es für den Rettungsdienst, die Feuerwehren und die Polizei im Land hat, dass ihnen keine moderne digitale Funktechnik zur Verfügung steht?
19. Ob abzusehen ist, wann eine digitale Funktechnik im Land zum Einsatz kommen wird?

20. Was sie tut, um auf Dauer einheitliche Funkstandards in Deutschland zu sichern?
 21. Ob es für die Landesregierung bedeutsam ist, dass sowohl Rettungsdienste als auch Feuerwehren und Polizei über eine einheitliche Funktechnik verfügen?
 22. Ob sie es als datenschutzrechtlich und im Hinblick auf die Einsatzeffizienz problematisch bewertet, dass der Funkverkehr von Rettungsdiensten, Feuerwehr, aber besonders schlimm auch der Polizei mit einfachsten Mittel abgehört werden kann?
- V.
23. Wie sie die Idee einer Zusammenfassung und Vereinheitlichung von Katastrophenschutz-, Rettungsdienst- und Feuerwehrgesetz in einem Gesetz bewertet?
 24. Ob darin ein Beitrag zu einer Entbürokratisierung liegen würde?
 25. Ob die verschiedenen Zuständigkeiten im Katastrophenfall oder einem anderen Fall der Gefahrenabwehr (der ggf. auch längere Zeit angehalten hat) zu Schwierigkeiten geführt hat oder führen kann?
 26. Ob die im „Kirchbach-Bericht“ zur Flut in Sachsen 2002 gewonnenen Erkenntnisse (z. B. eine Aufsplitterung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu bereinigen; ein neues Hochwassersystem zu erarbeiten und anzuwenden; eine Vielzahl von Normen zu bündeln und zu vereinfachen; ...) auch für Baden-Württemberg Geltung haben?
 27. Welche Erfahrungen andere Länder (z. B. Bremen) dazu bewogen haben, einheitliche Brandschutz-, Rettungsdienst- und Katastrophenschutzgesetze vorzubereiten oder/und umzusetzen?

28. 09. 2004

Dr. Noll
und Fraktion

Begründung

Fünf Jahre nach der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes muss ein erstes Resümee über die Auswirkungen der Neuerungen gezogen werden. Anlass sind zunehmende Klagen der Rettungsdienstunternehmen, dass der bisherige Leistungsumfang auf Dauer nicht mehr gewährleistet werden könne, da das im Gesetz erstmalig vereinbarte Verhandlungsprinzip de facto zunehmend zu einem Diktat der Kostenträger zu werden drohe.

Es gibt unterschiedliche Konzepte, wie das Leitstellenwesen optimal auszugestalten ist. Der Bogen reicht von der Idee einer Integrierten Leitstelle für die gesamte Bundesrepublik Deutschland bis hin zu einer Vielzahl kleiner dezentraler Leitstellen. Sinnvollerweise sind die bisherigen Erfahrungen mit Leitstellen, vor allem auch mit Kreisgrenzen übersteigenden Konzepten, zu bewerten.

Valide Aussagen sind zu treffen, ob zentrale oder dezentrale Strukturen befürwortet werden. Will man weiterhin dezentrale Leitstellen beibehalten, erscheint eine optimale Vernetzung zwischen den Leitstellen umso wichtiger. Dabei ist besonders auf kompatible Systeme zu achten. Europarechtliche Vorgaben sind in die Überlegungen mit einzubeziehen.

Antwort

Mit Schreiben vom 9. November 2004 Nr. 51–0141.5/13/3606 beantwortet das Sozialministerium namens der Landesregierung die Große Anfrage wie folgt:

I. 1. Wie sich die Lage des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg nach der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes im Juli 1998 entwickelt hat (auch was die Personalstellen betrifft),

a) getrennt nach Notfallrettungs- und Krankentransportdiensten,

b) getrennt nach privaten Anbietern und Leistungsträgern i. S. d. § 2 Abs. 1 RDG?

Die Lage des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg hat sich insbesondere unter Berücksichtigung der damaligen Regelungsschwerpunkte in der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes (RDG) 1998 wie folgt entwickelt:

– Mehr Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst

Um zu einer besseren betriebswirtschaftlichen Unternehmensführung im Rettungsdienst zu gelangen, wurde bei der Aushandlung von Benutzungsentgelten zwischen Kosten- und Leistungsträgern das Selbstkostendeckungsprinzip aufgegeben und damit das Vereinbarungsprinzip gestärkt. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass das Vereinbarungsprinzip nach § 28 RDG, wonach die Benutzungsentgelte zwischen Leistungs- und Kostenträgern im Rahmen von Verhandlungen vereinbart werden müssen, bereits im RDG vom 19. November 1991 eingeführt war und 1998 lediglich der Widerspruch zwischen dem Selbstkostendeckungsprinzip und dem Grundsatz der Beitragsstabilität im SGB V beseitigt wurde, der bei den Verhandlungen zwischen Leistungs- und Kostenträgern immer wieder zu unüberbrückbaren Meinungsverschiedenheiten geführt hatte.

Die Ersetzung des Selbstkostendeckungsprinzips durch die im SGB V festgelegten Rahmenbedingungen, wonach die medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten Leistungen eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen Rettungsdienstes durch Benutzungsentgelte finanziert werden, hat zu einer verbesserten betriebswirtschaftlichen Ausrichtung in den Rettungsdienstorganisationen und -unternehmen geführt. Am augenfälligsten wurde dies aufgrund der Schaffung eigenständiger betriebswirtschaftlicher Rettungsdienstseinheiten durch die fortschreitende Ausgründung von Gesellschaften (gGmbH) aus den Rettungsdienstorganisationen und -unternehmen. Gleichfalls konnte der Blick für Rationalisierungsreserven geschärft, Einsparpotenziale identifiziert und durch die wirtschaftliche Trennung von Notfallrettung und Krankentransport eine deutlich verbesserte Kostentransparenz erreicht werden. Alle diese Ansätze waren allerdings durch die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung und die hierdurch erforderlichen Sparmaßnahmen überlagert, auf die im Einzelnen unter Ziffer II. 3. eingegangen wird.

– Finanzierung der Leitstellen

Die Finanzierung der Leitstellen wurde auf ein betriebswirtschaftliches Modell umgestellt, wonach für jeden von der Leitstelle vermittelten Einsatz von Rettungsdienstorganisationen und den privaten Rettungsdienstunternehmen ein Entgelt erhoben wird. Daneben übernahm die Rettungsleitstelle/Integrierte Leitstelle für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz die ausschließliche Einsatzlenkung im Rettungsdienst. Die Finanzierungsfragen der Rettungsleitstellen (vgl. auch nachfolgende Ziffern III. 10., 11. und 16.) sind nicht zuletzt durch die verbesserte Wirtschaftlichkeit der Leitstelle aufgrund des Vermittlungsmonopols und die sukzessive Schaffung integrierter Leitstellen inzwischen grundsätzlich gelöst. Wegen der nicht trägerneutralen Leitstellenansiedlung stellten sich Fragen zur Gleichbehandlung der Anbieter. Um die gesetzliche Verpflichtung zur Gleichbehandlung (§ 6 Abs. 1 RDG) sicherzustellen, wurden inzwischen die Dispositionsgrundsätze für Rettungsleitstellen/Integrierte Leitstellen seitens des Landesausschusses für den Rettungsdienst entsprechend klargestellt und ergänzt.

Außerdem erfolgt eine Offenlegung der dokumentierten Leitstellendaten dergestalt, dass die Verteilung der verschiedenen Einsatzarten auf die Leistungserbringer nachvollzogen werden kann.

– Straffung der gesetzlichen Fördertatbestände

Die gesetzliche Landesförderung im Rettungsdienst wurde insofern gestrafft, als die Mietkosten im Rettungsdienst und die Kosten der Finanzierung der Leitstellen den in die Benutzungsentgeltverhandlungen einfließenden Betriebskosten zugeordnet werden.

Die Haushaltsentwicklung im Land hat die frühzeitige Straffung der Fördertatbestände bestätigt. Andere Länder sind einen ähnlichen Weg zwischenzeitlich ebenfalls gegangen.

– Stärkung des Subsidiaritätsgrundsatzes

Weiterhin wurde dem Gedanken der Stärkung der Subsidiarität dadurch Rechnung getragen, dass in der Notfallrettung ein Verwaltungsmonopol zugunsten der gesetzlichen Leistungsträger eingeführt wurde. Im Gegenzug hierzu wurde im Krankentransport durch die Öffnung des Marktes für private Anbieter der Wettbewerb ermöglicht.

Die Entwicklung der Anbieterseite hat sich seit Inkrafttreten der RDG-Novelle 1998 im Vergleich zu 2003 wie folgt entwickelt:

Krankentransporte				Notfallrettung	
Gesetzliche Leistungsträger		Andere Anbieter		Gesetzliche Leistungsträger einschl. bestandsgeschützte Leistungserbringer	
1998	2003	1998	2003	1998	2003
5	5	13	13	12	11

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass sich im Bereich der *Krankentransporte* die absolute Zahl der Anbieter nicht verändert hat. Durch Geschäftsaufgabe in einzelnen Rettungsdienstbereichen frei gewordene Kapazitäten wurden in aller Regel wieder durch Kapazitätsausweitungen von anderen Leistungserbringern (gesetzliche Leistungsträger und private Anbieter) oder Unternehmensneugründungen kompensiert. Die wettbewerblichen Rahmenbedingungen zwischen 1998 und heute werden unter Ziffer II. 3. näher betrachtet.

Im Bereich der *Notfallrettung* ist ein Leistungsanbieter weniger zu verzeichnen. Dies liegt darin begründet, dass nach der oben bereits geschilderten Einführung des Verwaltungsmonopols Mitte 1998 frei gewordene Kapazitäten nur noch durch die gesetzlichen Leistungsträger bzw. durch Kooperationen privater Unternehmen oder sonstiger Anbieter mit diesen aufgefüllt werden können.

I. 2. *Wie sich Hilfszeiten, Personalstellen und die Ausbildung des Personals seit 1998 entwickelt haben?*

– Hilfsfrist

Nach § 3 Abs. 2 RDG sowie Kapitel III Ziffer 2 Rettungsdienstplan soll die Zeit vom Eingang der Notfallrettung in der Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen der Hilfe am Notfallort an Straßen (Hilfsfrist) nicht mehr als 10 Minuten, maximal 15 Minuten betragen. Diese Vorgabe zur Einhaltung der Hilfsfrist ist erfüllt, wenn sie in 95% aller Einsätze im Zeitraum eines Jahres im gesamten Rettungsdienstbereich eingehalten wird.

Vorweg sei angemerkt, dass die Definition der Hilfsfrist aus dem Rettungsdienstplan 1994 wortgleich in das RDG 1998 übernommen wurde; inhaltlich ergab sich deshalb durch die Novellierung des RDG im Jahr 1998 für die Vorhal-

tung in der Notfallrettung keine Veränderung. Im Rahmen einer Erhebung Mitte 1999 war in 14 von insgesamt 37 Rettungsdienstbereichen des Landes die Hilfsfrist nicht in den geforderten 95 % aller Einsätze der Notfallrettung eingehalten. Im Zuge der Beantwortung des Antrags der Abgeordneten Dr. Bernhard Lasotta u. a. CDU betreffend notärztlicher Rettungsdienst, Drs. 13/2663, wurde Anfang 2004 zur notärztlichen Versorgung festgestellt, dass in der überwiegenden Zahl der Rettungsdienstbereiche die Hilfsfrist für Rettungswagen und für die notärztliche Versorgung eingehalten wird. In den Rettungsdienstbereichen, in denen die Hilfsfrist im notärztlichen Bereich bisher nicht eingehalten ist, sind die Abweichungen von der 95 %-Marke geringfügig und in der Regel zumindest der Rettungswagen innerhalb der Hilfsfrist vor Ort. Die örtlich verantwortlichen Bereichsausschüsse erarbeiten Konzepte, wie die Hilfsfrist künftig eingehalten werden kann. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Einhaltung der Hilfsfrist in den Rettungsdienstbereichen zu unterschiedlichen Zeitpunkten mittels Hilfsfristanalysen – zumeist gutachtlich – überprüft wird, weshalb stichtagsbezogene Aussagen derzeit nicht möglich sind.

Allerdings wird das im Aufbau befindliche notärztliche Dokumentationssystem „NADOK®“ in Kürze in einer ersten Stufe validere Aussagen zur Hilfsfristeinhaltung in der notärztlichen Versorgung ermöglichen; in einer zweiten Stufe sollen anschließend die nicht arztbesetzten Rettungsmittel folgen.

– Personalstellen

Entsprechend § 9 RDG werden im Rettungsdienst Rettungsassistenten, Rettungssanitäter und Rettungshelfer eingesetzt. Gleiche Qualifikationsstufen weist auch der ehrenamtliche Bereich auf, welcher insbesondere an Wochenenden und Feiertagen eingesetzt wird. Aushilfskräfte verfügen meist über die Ausbildung zum Rettungshelfer bzw. Rettungssanitäter, gleichermaßen auch die Zivildienstleistenden.

Aus nachfolgender Tabelle kann der *hauptamtliche* Personalstand der gesetzlichen Leistungsträger im Rettungsdienst in den Jahren 1998 und 2003 entnommen werden:

	Beschäftigte im Rettungsdienst										Veränderung 2003 gegen 1998
	1998					2003					
	Leistungsträger				Gesamt	Leistungsträger				Gesamt	
	ASB	DRK	JUH	MHD		ASB	DRK	JUH	MHD		
Hauptamtliches Personal	100	2.344	57	52,5	2.553,5	171	2.909	96	57	3.233	+679,5 (+26,6 %)
Nachrichtlich: Zivildienstleistende	75	1.039	18	38	1.170	50	540	12	17	619	-551,0 (-47,1 %)

Zur Erläuterung wird auf Folgendes hingewiesen:

Durch die gesetzliche Anforderung, dass in der Notfallrettung mindestens ein ausgebildeter Rettungsassistent den Patienten zu versorgen hat, aber auch durch die mit den Änderungen des Zivildienstgesetzes einhergehende reduzierte Zahl der Zivildienstleistenden, erfolgte zwangsläufig eine Aufstockung des hauptberuflichen Personals, insbesondere in der Qualifikationsstufe Rettungsassistent.

Der Einsatz von Zivildienstleistenden wird durch die verkürzte Dauer des Zivildienstes immer schwieriger. Die jährliche zivildienstlose Zeit von April bis September kann durch Aushilfskräfte nicht ausgeglichen werden. Der Einsatz von Rettungshelfer/-innen im Krankentransport, die ein Freiwilliges Soziales Jahr ableisten, ist begrenzt. Insofern bedarf es zur Sicherung der Dienstplangestaltung einer weiteren Aufstockung an hauptberuflichem Personal in der Notfallrettung und im Krankentransport.

– Ausbildung

Hinsichtlich der in der Notfallrettung eingesetzten *Notärzte* werden die Qualifikationsanforderungen gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 Rettungsdienstgesetz durch Satzung der Landesärztekammer Baden-Württemberg festgelegt. Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Einführung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin folgend, hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg am 21. Dezember 2000 eine neue Weiterbildungsordnung beschlossen. Hiernach werden gegenüber der bisherigen „Fachkunde Rettungsdienst“ zusätzliche Anforderungen gestellt.

Auch diejenigen Ärzte, die den Fachkundenachweis nach der zwischenzeitlich aufgehobenen Satzung über die Eignungsvoraussetzungen für die im Rettungsdienst mitwirkenden Ärzte erworben haben, können weiterhin im Rettungsdienst tätig sein. Darüber hinaus bestand bis zum 31. Dezember 2004 für Inhaber des Fachkundenachweises die Möglichkeit, auch das Recht zum Führen der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ zu erwerben, sofern sie nach dem Erwerb des Fachkundenachweises in einem Zeitraum von zwölf Monaten regelmäßig notärztlich tätig waren.

Zur *Ausbildung zum Rettungsassistenten/zur Rettungsassistentin* in Baden-Württemberg in den Jahren 1998 bis 2004 wird Folgendes ausgeführt:

Zahl der Schulen

Im Jahr 1998 bestanden in Baden-Württemberg 4 Schulen für Rettungsassistenten (in Pfalzgrafenweiler, Mannheim, Heilbronn und Karlsruhe).

2004 wurden zwei weitere Schulen (in Bühl und Ulm) eröffnet. In den künftigen Jahren bedeutet dies somit eine Steigerung der Schülerzahlen um ca. 80 bis 100 pro Jahr.

Zahl der Absolventen bzw. Absolventinnen

Folgende Anzahl von Schülerinnen und Schülern legten in den Schulen für Rettungsassistenten in Baden-Württemberg die Prüfungen nach dem Rettungsassistentengesetz (RettAssG) ab:

Jahr	Gesamtsumme der Schüler/Schülerinnen	davon verkürzter Lehrgang für Rettungsanitäter nach § 8 Abs. 2 RettAssG	davon Lehrgang für Krankenschwestern/Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	davon Ausbildung ohne Verkürzung (nach § 4 RettAssG)
1998	232	199	2	31
1999	201	160	2	39
2000	265	196	11	58
2001	264	199	12	53
2002	288	223	15	50
2003	321	247	15	59
2004	360	253	11	96

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Durch eine enge Zusammenarbeit der Schulen, des für die Durchführung des Rettungsassistentengesetzes zuständigen Regierungspräsidiums Karlsruhe sowie der 98 im Land bestehenden Lehrrettungswachen konnte in ganz Baden-Württemberg für alle angehenden Rettungsassistenten/Rettungsassistentinnen ein gleichwertiger hoher Ausbildungsstand erreicht werden. Diesem Ziel dienen insbesondere auch landeseinheitliche Klausuren am Ende der schulischen Ausbildung.

Für das nach dem Rettungsassistentengesetz vorgeschriebene Jahrespraktikum an einer Rettungswache wurde von den Schulen und dem Regierungspräsidium Karlsruhe ein Berichtsheft herausgegeben, in dem Empfehlungen zum Ablauf der Ausbildung in den Lehrrettungswachen enthalten sind. Der korrekte Ablauf der Ausbildung ist entsprechend zu dokumentieren.

Bei der Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Rettungsassistent/Rettungsassistentin“ wird vom zuständigen Regierungspräsidium Karlsruhe darauf geachtet, dass die Empfehlungen von den Lehrrettungswachen entsprechend umgesetzt werden.

Die Gewährleistung der hohen Ausbildungsqualität ist aufgrund der großen Verantwortung der Rettungsassistenten/Rettungsassistentinnen für das Leben und die Gesundheit der Notfallpatienten auch weiterhin unabdingbar.

II. 3. Wie sie die finanzielle Lage der Rettungsdienste (getrennt nach Notfallrettung und Krankentransport) im Land bewertet, insbesondere ob weitere finanzielle Mittel zur Aufrechterhaltung der bisherigen Leistungen erforderlich sind oder das Zurückführen von Leistungen (z. B. bei Krankentransporten) befürchtet wird?

Die finanzielle Lage des Rettungsdienstes kann nicht losgelöst von den finanziellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, insbesondere den dort herrschenden Einsparzwängen, betrachtet werden.

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den Rettungsdienst werden unter die Ausgabenposition „Fahrtkosten“ (§ 60 SGB V) subsumiert. Obwohl die Leistungsart „Fahrtkosten“ nur rund 2 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV ausmachen, ist auch dieser Bereich – und damit auch der Rettungsdienst – von den Einsparzwängen im Gesundheitswesen betroffen.

Nach § 71 Abs. 1 SGB V haben die Vertragspartner von Vergütungsvereinbarungen diese so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen grundsätzlich ausgeschlossen sind (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Dieser Grundsatz gilt auch für Vergütungsvereinbarungen über Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung und Krankentransport) nach § 133 SGB V.

Seit der Neufassung des § 71 SGB V im Jahr 1999 wird seit dem Jahr 2000 jährlich eine Veränderungsrate als Höchstgrenze festgelegt. Für die Jahre 2000 bis 2003 wurden nach dem neu eingefügten § 71 Abs. 3 SGB V die zulässigen Veränderungsrate im Bundesdurchschnitt entsprechend der Grundlohnsumentenentwicklung wie folgt festgelegt:

- 2000 auf höchstens 1,43 %,
- 2001 auf höchstens 1,63 %,
- 2002 auf höchstens 1,89 % und
- 2003 auf höchstens 1,06 %.

Im Jahr 2004 beträgt die Veränderungsrate höchstens 0,17 % und 2005 voraussichtlich höchstens 0,38 %. Spezielle Tatbestände („Sondertatbestände“) sieht das SGB V für den Bereich des Rettungsdienstes – im Gegensatz etwa zum Krankenhausbereich – nicht vor, die pauschal eine Überschreitung der zulässigen Veränderungsrate ermöglichen würden.

Allerdings lässt § 71 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V allgemein als Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu, dass die Veränderungsrate dann überschritten werden darf, wenn andernfalls die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist. Im Bereich des Rettungsdienstes wird der Umfang der notwendigen medizinischen Versorgung durch das Rettungsdienstgesetz und die darauf basierenden Bestimmungen festgelegt. Von großer Bedeutung für die Notwendigkeit der medizinischen Versorgung ist hierbei die vorgeschriebene Einhaltung der Hilfsfrist und die hierfür erforderliche Vorhaltung in der Notfallrettung.

Letzten Endes haben die Verhandlungspartner der Vergütungsvereinbarung nach § 133 SGB V bei besonderen Situationen (z. B. Änderung des Zivildienstgesetzes, Erhöhung der Zusatzversorgung der Arbeitnehmer, etc.) gemeinsam tatbestandlich zu klären, ob eine Ausnahme von der zulässigen Veränderungsrate gemacht werden muss und inwieweit hierfür zum Ausgleich Wirtschaftlichkeitsreserven im Rettungsdienst (z. B. Einsparungen durch zentrale Beschaffung von Rettungsfahrzeugen) ausgeschöpft werden können.

Amtliche Statistiken über die tatsächliche finanzielle Entwicklung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg, insbesondere im Vergleich zu den Werten im Bundesdurchschnitt, existieren nicht.

Aufgrund von *Erhebungen* des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung sowie bei den Kostenträgern in Baden-Württemberg liegen folgende Daten vor:

		Krankentransport	Notfallrettung
1998	<i>Bund</i>	456.814.639 €	1.134.992.020 €
2003	<i>Bund</i>	471.181.221 €	1.555.268.796 €
	Veränderungsrate 1998–2003 in %	3,1 %	37,0 %
1998	<i>Baden- Württemberg</i>	27.305.000 €	83.139.322 €
2003	<i>Baden- Württemberg</i>	30.883.029 €	134.284.231 €
	Veränderungsrate 1998–2003 in %	13,1 %	61,5 %

In der Tendenz kann damit Folgendes festgehalten werden:

Sowohl bundesweit, als auch im Land Baden-Württemberg, sind die Kosten für den Rettungsdienst gestiegen, wobei sich der Krankentransport bundesweit unterhalb der Veränderungsrate nach § 71 SGB V entwickelt hat, während im Land Baden-Württemberg diese Veränderungsrate übertroffen wurde. In der Notfallrettung wurde die Veränderungsrate im Bund deutlich und im Land Baden-Württemberg noch deutlicher übertroffen.

Die Kostensteigerungen in der Notfallrettung liegen klar über denen des Krankentransports und zwar im Bund wie im Land Baden-Württemberg. Hierbei ist die Kostensteigerung in Baden-Württemberg jeweils höher als die das gesamte Bundesgebiet betreffende.

Dies lässt sich im Bereich der Notfallrettung unter anderem auf die Tatsache zurückführen, dass mit der Novellierung des Rettungsdienstgesetz 1998 – wie bereits unter I. 1. dargestellt – die gesetzliche Landesförderung im Rettungsdienst für die Mietkosten im Rettungsdienst und die Finanzierung der Leitstellen weggefallen ist. Die Rückführung der Landesförderung macht sich in den von den gesetzlichen Krankenkassen verausgabten Fahrtkosten gemäß § 60 SGB V bemerkbar. Daneben wurde die Qualifikation des im Notarzteinsatzfahrzeug eingesetzten medizinischen Hilfspersonals (Rettungsassistenten) erhöht und verstärkt Maßnahmen zur Hilfsfristeinhaltung ergriffen.

Auch die erhöhte Veränderungsrate bei den Ausgaben für den Krankentransport liegt rein statistisch teilweise in der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes 1998, durch welche die strikte Trennung zwischen Krankentransport und Notfallrettung eingeführt wurde, begründet: Eine Quersubventionierung des Krankentransportes durch Überschüsse in der Notfallrettung ist seither nicht mehr möglich. Dies hatte zur Folge, dass die Ausgaben für Krankentransporte nunmehr sachgemäßer am konkreten Entstehungsort abgebildet werden müssen.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass – wie sich aus der Tabelle zu II. 6. ergibt – die Zahl der Rettungsdiensteinsätze zugenommen hat.

Der Vollständigkeit halber ist Folgendes anzumerken:

Nach dem aktuellen Königsteiner Schlüssel, der auf Länderebene für die Aufschlüsselung von bevölkerungsbezogenen Anteilen auf die einzelnen Bundesländer verwandt wird, entfallen auf Baden-Württemberg rund 12,7% der bundesweiten Gesamtvolumina.

Tatsächlich entfielen 1998 bzw. 2003 auf das Land Baden-Württemberg

- im *Krankentransport* mit Kosten in Höhe von rund 27,3 Mio. € bzw. 30,9 Mio. € nur rund 6% bzw. 6,5% und
- in der *Notfallrettung* mit Kosten in Höhe von rund 83,1 Mio. € und 134,3 Mio. € nur rund 7,3% bzw. 8,6% der Gesamtkosten in der Bundesrepublik Deutschland.

Daraus wird deutlich, dass der Rettungsdienst in Baden-Württemberg seit jeher vergleichsweise wirtschaftlich ist. Dies belegen auch die geringeren Einsatzzahlen in Baden-Württemberg im Vergleich zu den anderen Bundesländern.

Daneben ist grundsätzlich noch auf Folgendes hinzuweisen:

Die Kostenstelle „Fahrtkosten“ umfasst – wie geschildert – neben den Kosten für den Rettungsdienst auch die nicht zum Rettungsdienst gehörenden Positionen „Taxen und Mietwagen“ und „sonstige Fahrtkosten“. Insbesondere in diesen beiden Bereichen wurde im Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für den Zeitraum 1993 bis 2001 eine Steigerungsrate von 115,5% bzw. 122,9% festgestellt. Demgegenüber betrug die Steigerungsrate im Krankentransport lediglich 2,1%. In den Bereichen Rettungswagen und Notarztwagen wurde eine Steigerung um 120,7% bzw. 64,4% festgestellt.

Mit der Neufassung des § 60 SGB V durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden ab 2004 die Positionen „Taxen und Mietwagen“ und „sonstige Fahrtkosten“ durch die Einschränkung der Finanzierung der Fahrtkosten außerhalb des Rettungsdienstes stark eingeschränkt. Auch im

Rettungsdienst wurden durch die Beschränkung der ärztlichen Verordnung von qualifizierten Krankentransporten auf *zwingend* medizinisch notwendige Fälle Einschnitte gemacht. Nach übereinstimmender Aussage der Leistungserbringer im Krankentransport ist die Zahl der Krankentransporte seit dem 1. Januar 2004 um rund 15 bis 20 % zurückgegangen. Dies hat Auswirkungen auf die vereinbarten Benutzungsentgelte. Die Kalkulation dieser erfolgt im Regelfall in der Form, dass die erwarteten Kosten auf die erwarteten Einsatzzahlen bezogen werden. Die Leistungserbringer im Krankentransport haben auf den Rückgang der Krankentransporteinsätze seit dem 1. Januar 2004 teilweise mit Einschränkungen der Betriebszeiten und der Forderung nach höheren Benutzungsentgelten reagiert. Die weiteren Entwicklungen bleiben abzuwarten.

II. 4. Ob nach ihrer Einschätzung in den Entgeltverhandlungen zwischen Krankenkassen und Rettungsdiensten Waffengleichheit besteht und wenn nein, welche Maßnahmen notwendig sind, die erforderliche Waffengleichheit zu schaffen?

Benutzungsentgelte werden im Rahmen der Selbstverwaltung zwischen den Kosten- und Leistungsträgern nach § 28 Abs. 3, 4 RDG vereinbart. Soweit eine Vereinbarung über die Benutzungsentgelte nicht zustande kommt, kann eine Schiedsstelle angerufen werden. Sie versucht, eine Einigung über den Inhalt der Vereinbarung herbeizuführen. Kommt eine Einigung nicht zustande, setzt die Schiedsstelle die Benutzungsentgelte spätestens 2 Monate nach Anrufung fest (§ 28 Abs. 5 RDG). Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Privaten Anbietern ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.

Bereits in der Begründung zur Gesetzesnovelle 1998 ist ausgeführt, dass „die Bedeutung der Schiedsstelle wegen der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung zunimmt“. Unter anderem ist der Schiedsstelle deshalb auch landesrechtlich die Beteiligungsfähigkeit im Verwaltungsgerichtsverfahren zugewiesen worden.

Erst jüngst hat der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg in seinem Urteil vom 7. November 2003 den Schiedsstellen einen weiten Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum zuerkannt und Grundsätze für die Arbeit der Schiedsstellen entwickelt. Dabei hat er sich an der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Schiedsverfahren im Rahmen der Festlegung der Vergütung der stationären Pflegeleistung orientiert. So hat er z. B. festgestellt, dass die Entgelte einzelner Leistungserbringern für vergleichbare Leistungen in Vergleich gesetzt werden können und bei der Entgeltbemessung in erster Linie auf diesen externen Vergleich abzustellen ist. Sofern ein Leistungserbringer ein höheres Benutzungsentgelt einfordert, steht ihm der Weg offen, etwaige Abweichungen von den Vergleichszahlen darzulegen. Das Schiedsverfahren hat nicht zuletzt durch diese Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs ein ausgeformtes Verfahren erhalten.

Das vorgezeichnete, mehrstufige Streitschlichtungsverfahren ist geeignet, die eventuell divergierenden Auffassungen von Kosten- und Leistungsträgern in einem rechtsstaatlichen Verfahren, das auch in vielen vergleichbaren anderen Fallgestaltungen (z. B. bei den Pflegeentgeltvereinbarungen oder den Krankenhauspflegesätzen) Anwendung findet, einer Entscheidung zuzuführen.

II. 5. Ob es wettbewerbsverzerrende Faktoren (z. B. Quersubventionen, Unterstützung durch Spendenmittel) im Bereich des Krankentransportwesens zwischen privaten Anbietern und Leistungsträgern i. S. d. § 2 Abs. 1 RDG gibt, und wenn ja, in welcher Größenordnung?

Bei der finanziellen Beteiligung der Leistungsträger nach § 2 Abs. 1 RDG können zwei Gesichtspunkte unterschieden werden:

- Im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben übernehmen die gesetzlichen Leistungsträger traditionell Kosten für verschiedene Verwaltungsarbeiten, für die Beschaffung und Teilfinanzierung von Anlagegütern und in bestimmten Fällen für die (Zwischen-)Finanzierung eventuell auftretender Verluste, die planerisch nicht einkalkuliert waren. Die so definierte Eigenbeteiligung wird

von den Sanitätsorganisationen über Eigenmittel (z. B. Mitgliedsbeiträge oder Spenden) oder durch Kreditaufnahme (zwischen-)finanziert.

- Zum zweiten kommt den Sanitätsorganisationen die Mitwirkung ihrer ehrenamtlichen Kräfte, für die ein kalkulatorischer Stundenwert zugrunde gelegt werden kann, sowie von Zivildienstleistenden, deren Zahl allerdings seit Jahren stark absinkt, zugute.

Da der Krankentransport in der Selbstverwaltung zwischen Kosten- und Leistungsträgern wettbewerblich organisiert ist und die Leistungsträger als Wettbewerber am Markt auftreten, sind seitens der Landesregierung valide Aussagen zur finanziellen Beteiligung der Leistungsträger nicht möglich. Gleiches trifft im Übrigen auch auf die privaten Anbieter zu, die z. B. regelmäßig nicht tarifgebunden sind oder in der Rechtsform als gemeinnützige Gesellschaften wirtschaftliche Vorteile erlangen können.

Jedenfalls sind bisher der Landesregierung keine kartellrechtlichen Verstöße der Leistungsträger bekannt geworden, die Einfluss auf die Festlegung der Benutzungsentgelte gehabt hätten.

II. 6. Wie sich der prozentuale Anteil innerhalb der Leistungsträger i. S. d. § 2 Abs. 1 RDG im Rettungsdienst (getrennt nach Notfallrettung und Krankentransport) seit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes verändert hat?

Die unten stehende Tabelle listet die absolute Zahl der Krankentransport- und Notfallrettungseinsätze der einzelnen gesetzlichen Leistungsträger nach § 2 Absatz 1 RDG für die Jahre 1998 und 2003 auf und hält ihren jeweiligen Anteil am Gesamttransportvolumen fest.

Gesetzlicher Leistungsträger i.S.d. § 2 Abs. 1 RDG	Zahl der Krankentransporteinsätze				Zahl der Notfallrettungseinsätze			
	1998	Anteil innerhalb der gesetzlichen Leistungsträger	2003	Anteil innerhalb der gesetzlichen Leistungsträger	1998	Anteil innerhalb der gesetzlichen Leistungsträger	2003	Anteil innerhalb der gesetzlichen Leistungsträger
ASB	44.116	6,2 %	65.731	8,6 %	26.500	6,8 %	35.128	7,0 %
DRK	627.943	88,4 %	638.891	83,8 %	344.234	88,2 %	441.110	87,6 %
JUH	10.508	1,5 %	27.557	3,6 %	7.862	2,0 %	13.636	2,7 %
MHD	27.726	3,9 %	30.254	4,0 %	11.862	3,0 %	13.438	2,7 %
Gesamt Einsatzzahlen	710.293		762.433		390.458		503.312	

Es ist allgemein festzustellen, dass die Zahl der Rettungsdiensteinsätze (Notfallrettung und Krankentransport) bei allen gesetzlichen Leistungsträgern zugenommen hat.

Im *Krankentransport* konnten die kleineren Hilfs- und Sanitätsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser-Hilfsdienst) ihre Anteile 2003 gegenüber dem Jahr 1998 ausbauen, wohingegen das DRK 2003 einen etwas

geringeren prozentualen Anteil am Gesamtvolumen der Krankentransporte als 1998 hat.

In der *Notfallrettung* sind die Veränderungen in der prozentualen Verteilung des Gesamtvolumens auf die einzelnen gesetzlichen Leistungsträger gering. Hier konnten der ASB und die JUH ihre Anteile steigern, beim DRK und der MHD verringerten sich die Anteile.

II. 7. Ob der Landesregierung vergleichende Untersuchungen über die Qualität und Effektivität des Rettungsdienstes im Vergleich zu anderen Bundesländern vorliegen, insbesondere ob ein solcher Vergleich bei sehr unterschiedlicher Auslegung des Begriffs „Hilfsfrist“ überhaupt möglich ist?

Einen umfassenden Überblick über das gesundheitspolitische Handlungsfeld Rettungsdienst bietet das Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die konzertrierte Aktion im Gesundheitswesen.

Folgende wesentliche Themenstellungen werden aufgegriffen:

- Das steigende Einsatzaufkommen in der Notfallrettung und im Krankentransport,
- die Steigerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für „Fahrtkosten“, die auch Ausgaben für das Rettungswesen enthalten (§ 60 SGB V),
- die Notwendigkeit der Qualitätssicherung, die prinzipiell für alle Bereiche des Gesundheitssystems gilt und
- die Vermutung von Effizienzreserven im Rettungswesen.

Der Sachverständigenrat äußert hierzu in seinem Gutachten folgende Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge:

- Es bedarf einer verbesserten Transparenz im Hinblick auf die den bestehenden Vergütungsregelungen zugrunde liegenden Kalkulationen.
- Um ein „strategisches Controlling“ der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auch als Grundlage für die gezielte Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs zu erleichtern, sollte die Rubrik „Fahrtkosten“ im SGB V und die Darstellung des Einsatzaufkommens bzw. der Ausgabenentwicklung in Statistiken der GKV funktionsbezogen differenziert werden.
- Für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst sollten Regelungen gefunden werden, welche die ständige Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Notfallversorgung, d. h. auch während der Sprechstundenzeiten, gewährleisten.
- Ansätze zur Evaluation und zum Qualitätsmanagement im Rettungsdienst sind weiterzuentwickeln.

Aus der Gesamtbilanz und den Empfehlungen des Sachverständigenratgutachtens wird deutlich, dass Baden-Württemberg hinsichtlich der rettungsdienstlichen Rechtsgrundlagen (Rettungsdienstgesetz und Rettungsdienstplan) über die erforderlichen zukunftsfähigen, ordnungspolitischen Rahmenbedingungen verfügt. Die Umsetzung dieser Grundlagen ist im Ländervergleich ebenfalls vergleichsweise gut vorangeschritten, wobei auf folgende Umsetzungsschritte hingewiesen wird:

Die Festlegung der Benutzungsentgelte ist in Baden-Württemberg – nach dem Subsidiaritätsprinzip – keine staatliche Aufgabe mehr, sondern durch die Verankerung des Vereinbarungsprinzips im Rettungsdienstgesetz Teil der Selbstverwaltung durch die Kostenträger und Leistungserbringer. Bei der Ermittlung der Kosten für die Notfallrettung wird ein Kostenblatt zugrunde gelegt, das zur Kostentransparenz beiträgt. Durch die paritätische Einbindung der Kostenträger in die Ausgestaltung der rettungsdienstlichen Strukturen in den Bereichsausschüssen und in vertragliche Vereinbarungen zur Finanzierung der rettungsdienstlichen Leistungen ist die Forderung nach einem „strategischen Controlling“ als grundsätzlich erfüllt anzusehen.

Ferner haben die Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes Baden-Württemberg, die Landesärztekammer Baden-Württemberg, die Landesverbände der ge-

setzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg und die beiden baden-württembergischen Landesverbände des Deutschen Roten Kreuzes als Träger der Integrierten Leitstellen/Rettungsleitstellen nach langwierigen Verhandlungen, welche seitens des Sozialministeriums moderiert wurden, Ende 2003 eine Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen mit dem vertragsärztlichen Notdienst in Baden-Württemberg abgeschlossen. Damit wurde das wichtige Ziel erreicht, landesweit einheitliche Grundlagen für die Zusammenarbeit der Integrierten Leitstelle/Rettungsleitstelle mit dem vertragsärztlichen Notdienst zu schaffen.

Auch die Qualitätssicherung im Rettungsdienst wurde von der Landesregierung als wichtiges Handlungsfeld aufgegriffen und im bodengebundenen Rettungsdienst landesweit ein einheitliches Notarzt-Dokumentationssystem „NADOK®“ eingeführt. Seit 2003 wird diese einheitliche Dokumentation sowohl landesweit als auch rettungsdienstbereichbezogen ausgewertet. Ziel hierbei ist es, schrittweise ein Benchmarking aufzubauen. Durch die Auswertung der Dokumentation soll u. a. die Einhaltung der Hilfsfrist valider erhoben und können Erkenntnisse über das Dispositionsverhalten der Leitstellen gewonnen werden. Nach Abschluss der Implementierungsphase sollen auch insbesondere Aussagen zur Hilfsfristeinhaltung bei nicht arztbesetzten Rettungsmitteln folgen (vgl. hierzu auch I. 2.).

Vergleiche zu anderen Bundesländern, insbesondere über die Einhaltung der Hilfsfrist, sind aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Festlegungen der Hilfsfrist nur ansatzweise möglich. Baden-Württemberg ist eines der wenigen Bundesländer, welche auch für den notärztlichen Rettungsdienst eine Hilfsfrist festgeschrieben hat. Damit ist ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt, an dem die Landesregierung festhält. Es ist notfallmedizinisch unstrittig, dass der Zeitraum zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Beginn der notfallmedizinischen Versorgung, das „therapiefreie Intervall“, so kurz wie möglich sein muss. Dies gilt insbesondere auch für die notärztliche Versorgung. Nur so können in vielen Fällen durch schnelle, optimale Betreuung weitere Schädigungen des Patienten verhindert und die Folgekosten für stationäre Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen reduziert werden.

III. 8. Welche Erfahrungen es bei der Zusammenarbeit von Feuerwehr und Rettungsdienst gibt (z. B. Wirtschaftlichkeit, Funktionalität, Personalbedarf)?

Bezogen auf die Zusammenarbeit auf Einsatzstellen sind der Landesregierung keine Probleme in der Zusammenarbeit von Feuerwehr und Rettungsdienst bekannt.

Bezüglich der Zusammenarbeit in Integrierten Leitstellen wird auf Folgendes hingewiesen:

Für die beiden Träger von Integrierten Leitstellen – grundsätzlich der DRK-Kreisverband für den rettungsdienstlichen Teil und das Landratsamt bzw. der Stadtkreis für die Feuerwehr – ergeben sich Kosteneinsparungen, da in der Regel sowohl die Investitions- als auch die Betriebs- und Personalkosten jeweils hälftig von den Trägern übernommen werden. Bezüglich der Investitionen ergeben sich geringere Kosten bei den technischen Einrichtungen und bei der erforderlichen Gebäudeinfrastruktur, da bei Integrierten Leitstellen nur einmal diese Aufwendungen erforderlich werden. Da eine Integrierte Leitstelle in der Regel mit zwei Personen rund um die Uhr zu besetzen ist, sind etwa dreizehn Personalstellen für den Betrieb einer durchschnittlichen Integrierten Leitstelle vorzuhalten. Die dafür erforderlichen Personalkosten pro Personalstelle (rd. 50.000 € im Jahr) werden jeweils hälftig von den Trägern der Leitstelle getragen.

III. 9. Inwieweit Integrierte Leitstellen landesweit existieren und welche Vor- und Nachteile es bei einer Integrierten Leitstelle gibt?

In Baden-Württemberg sind 37 Rettungsdienstbereiche eingerichtet. 28 Rettungsdienstbereiche werden als ländlich und neun Rettungsdienstbereiche als städtisch eingestuft. In 24 von den 28 ländlichen Rettungsdienstbereichen ist bereits eine Integrierte Leitstelle vorhanden. Dagegen ist derzeit nur in einem von neun städti-

schen Rettungsdienstbereichen eine Integrierte Leitstelle eingerichtet. Die Landesregierung ist davon überzeugt, dass die Bildung von Integrierten Leitstellen nur Vorteile, wie z. B. geringere Kosten, bessere Auslastung der Leitstellen, höhere Qualität der Disponenten mit sich bringt. Nachteile ergeben sich aus Sicht der Landesregierung nicht.

III. 10. Welche Schritte sie plant, um weitere Integrierte Leitstellen zu fördern?

III. 11. Welchen Stellenwert sie einer kreis- und länderübergreifenden Vernetzung von Leitstellen einräumt, um vorhandene Kapazitäten in Randgebieten der Rettungsdienstbereiche besser nutzen zu können und wie sie diese Entwicklung unterstützen will?

III. 16. Welche organisatorischen, finanziellen und rechtlichen Änderungen erforderlich sind, um eine umfassende kreisübergreifende Vernetzung in Baden-Württemberg zu erreichen?

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V nur verpflichtet, wirtschaftliche Strukturen des Rettungsdienstes, also auch der Leitstellen, zu finanzieren.

Mit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes 1998 wurde in § 6 Abs. 1 Satz 6 RDG die (in der Regel kreisbezogene) Integrierte Leitstelle für den Rettungsdienst und die Feuerwehr als gesetzlicher Regelfall eingeführt. Durch die daraus entstehenden Synergieeffekte werden Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen. Daneben wird die Zusammenarbeit der Hilfeleistungsorganisationen gestärkt.

Durch die Fortschritte der modernen Technik ist es bereits jetzt möglich, die Vermittlung von Einsätzen sicher, schnell und über größere Gebiete hinweg durchzuführen. Aufgrund des erhöhten Kostendrucks fordern deshalb vor allem die Kostenträger die Zahl der Leitstellen im Land durch bereichs- bzw. kreisübergreifende Integrierte Leitstellen zu verringern.

Auch die geltende Gesetzeslage steht der Bildung bereichs- bzw. kreisübergreifender Integrierter Leitstellen nicht im Wege.

Innen- und Sozialministerium sowie der Landesausschuss für den Rettungsdienst befassten sich seit dem Frühjahr 2003 mehrfach mit der Weiterentwicklung der Leitstellenstruktur.

Positionspapier des Landesausschusses für den Rettungsdienst

Um den Diskussionsprozess zur Weiterentwicklung der Leitstellenstruktur in Gang zu bringen, hat der Landesausschuss für den Rettungsdienst in seiner Sitzung am 19. November 2003 eine Konzeption zur Weiterentwicklung der Leitstellenstrukturen verabschiedet.

Kernpunkte darin sind:

- Die Umsetzung der gesetzlichen Regelvorgabe der Einrichtung Integrierter Leitstellen in allen noch ausstehenden Rettungsdienstbereichen, insbesondere auch im großstädtischen Bereich und
- die Bildung bereichsübergreifender Integrierter Leitstellen in Rettungsdienstbereichen mit einer geringen Zahl an vermittelten Rettungsdiensteinsätzen, sofern die bereichs- und kreisübergreifenden Abstimmungen aller zuständigen Stellen (DRK-Kreisverbände als Träger des rettungsdienstlichen Teils und Landratsämter als Träger des Feuerweherteils einer Integrierten Leitstelle, sowie Bereichsausschüsse für den Rettungsdienst, in dem die Kostenträger vertreten sind) zu einem entsprechenden Ergebnis kommen.

Dieses Positionspapier hat das Sozialministerium auftragsgemäß mit dem Städte- und Landkreistag sowie dem Landesfeuerwehrverband abgestimmt.

Gemeinsame Grundsätze des Innen- und Sozialministeriums

Als Ergebnis dieses Abstimmungsprozesses haben Innen- und Sozialministerium gemeinsame Grundsätze entwickelt.

Zur Konzeption des Landesausschusses für den Rettungsdienst haben sich insbesondere aufgrund der Stellungnahme des Landkreistages Präzisierungen bezüglich der Einrichtung bereichsübergreifender Integrierter Leitstellen ergeben. Diese betreffen insbesondere die verstärkte Berücksichtigung der Sicherheitsbelange der Feuerwehr und des Katastrophenschutzes.

Sofern aufgrund von Sicherheitsaspekten die kreisbezogenen Vermittlungsstrukturen erhalten bleiben sollen, empfehlen die o. g. gemeinsamen Grundsätze nunmehr zu prüfen, ob die bisherige hälftige Kostenteilung beim Betrieb von Integrierten Leitstellen zugunsten der Kostenträger im Rettungsdienst geändert werden muss.

Die gemeinsamen Grundsätze wurden vom Landesausschuss für den Rettungsdienst in seiner diesjährigen Sondersitzung zur Kenntnis genommen, wobei die Kostenträger sich über die gemeinsamen Grundsätze hinaus für eine zeitnahe Reduzierung der Zahl der Leitstellen ausgesprochen haben. Die Beteiligten (Städte- und Landkreistag, DRK-Landesverbände und die Kostenträger im Rettungsdienst) wurden aufgefordert, im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten konstruktiv auf eine Umsetzung der angestrebten Verbesserungen in Bezug auf eine bestmögliche Wahrnehmung der Leitstellenaufgaben hinzuwirken. Dies betrifft insbesondere die vier Landkreise ohne Integrierte Leitstelle, vgl. hierzu III. 9.

Um der – wie ebenfalls unter III. 9. dargestellt – zögerlichen Umsetzung der gesetzlichen Regelvorgabe zur Einrichtung Integrierter Leitstellen in den *Landkreisen* Nachdruck zu verleihen, haben das Sozialministerium und das Innenministerium eine Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsvergleichsuntersuchung „Integrierte Leitstelle der Feuerwehr und des Rettungsdienstes oder getrennte Feuerwehr- und Rettungsleitstellen in einer Großstadt am Beispiel der Landeshauptstadt Stuttgart“ in Auftrag gegeben. Als Ergebnis dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass auch im großstädtischen Bereich Integrierte Leitstellen wirtschaftlicher sind. Dies hat nicht nur in der Landeshauptstadt Stuttgart zu dem Grundsatzbeschluss der Schaffung einer Integrierten Leitstelle geführt, sondern ist ebenfalls Anstoß für entsprechende Überlegungen in den anderen Stadtkreisen ohne Integrierte Leitstelle.

In den Rettungsdienstbereichen *mit geringen Vermittlungszahlen* zeichnet sich im Übrigen die Tendenz ab, dass – als „Vorstufe“ zu bereichsübergreifenden Integrierten Leitstellen – mehrere Integrierte Leitstellen durch Nachtaufschaltungen kooperieren (z. B. Sigmaringen und Ravensburg, Rottweil und Villingen-Schwenningen, etc.).

Zur Unterstützung dieser Projekte und zur Vorbereitung der Schaffung bereichsübergreifender Integrierter Leitstellen hat sich eine Arbeitsgruppe aus Vertretern des Innenministeriums und Sozialministeriums, des Landesfeuerwehrverbandes sowie von weiteren Sachverständigen gebildet, welche sich mit den sicherheitsrelevanten Fragestellungen bei der Schaffung bereichs- und kreisübergreifender Leitstellen befassen.

III. 12. Ob sie Vorsorge getroffen hat, dass das Leitstellenpersonal und das Personal anderer Notrufabfragestellen in der Lage sind, den Notfallrufenden bei akuten Notfällen, wie z. B. plötzlichem Herzversagen, Schlaganfall und starken Blutungen, telefonisch in maximal drei Minuten anhand einer Liste die notwendigen lebenserhaltenden Maßnahmen zu übermitteln, die bis zum Eintreffen von Notarzt und Rettungsdienst notwendig sind?

Entsprechend Kap. V Ziffer 3.4 Rettungsdienstplan Baden-Württemberg besteht das Personal der Leitstellen in der Regel aus erfahrenen Rettungsassistenten und Rettungsassistenten, die regelmäßig zusätzlich zu ihrer Tätigkeit in den Leitstellen in der Notfallrettung und im Krankentransport eingesetzt werden. Daher sind diese jederzeit in der Lage, auch telefonisch lebenserhaltende Maßnahmen zu vermitteln und Anrufende telefonisch anzuleiten.

III. 13. Ob auf den Leitstellen im Land – zumindest in den Großstädten – ein ausreichendes Fremdsprachenpotenzial vorhanden ist, um auch Notrufe ausländischer Mitbürger zumindest entgegennehmen zu können (vgl. aber auch Baden-Württemberg als Transitland)?

Die Träger der Leitstellen versuchen, zumindest in Großstädten, Disponenten mit Fremdsprachenkenntnissen, vorrangig mit Englischkenntnissen, einzusetzen. In Anbetracht der Tatsache, dass in Baden-Württemberg Menschen aus annähernd 200 verschiedenen Staaten leben, konzentriert sich im Bedarfsfall die Abfrage auf die englische und im Bereich des Badischen Roten Kreuzes teilweise auch auf die französische Sprache. In der Praxis zeigt sich aber, dass bei Notfällen ausländischer Mitbürger in der Regel deutsch sprechende Personen (z.B. Kinder oder Jugendliche, die deutsche Schulen besuchen) anwesend sind, die dann den Notruf abgeben.

III. 14. Ob der Landesregierung bekannt ist, dass es schon heute in einigen Bundesländern und auch in dünn besiedelten Regionen Baden-Württembergs ein aktuelles Notarztproblem mit steigender Tendenz gibt und welche Maßnahmen sie ergreifen wird, dieses Problem zu lösen?

Die Landesregierung hat sich anlässlich der Behandlung der oben bereits genannten Landtagsdrucksache 13/2663 mit der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung allgemein und speziell im Lichte der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems für Krankenhäuser befasst. Schon früh hat das zuständige Sozialministerium diese Fragestellung aufgegriffen und gemeinsam mit den betroffenen Verbänden und Organisationen eine „Empfehlung zur notärztlichen Versorgung“ erarbeitet. Darin wurden als wichtige Eckpunkte Aufgaben der Bereichsausschüsse und die Definition der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser konkretisiert, Handlungsempfehlungen für Bereichsausschüsse bei Schließung eines Krankenhauses, welches bisher an der Notarztstellung beteiligt war, gegeben, sowie die verstärkte Einbeziehung niedergelassener Ärzte und der Luftrettung angeraten. Die Empfehlung wurde bereits in der 46. Sitzung des Landesausschusses für den Rettungsdienst am 28. November 2002 beschlossen und im Anschluss daran den Bereichsausschüssen zur Kenntnis gegeben. Engpässe bei der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung bzw. notwendige Anpassungen aufgrund von Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft werden seitens der Bereichsausschüsse anhand der Empfehlungen abgearbeitet.

III. 15. Ob sie davon ausgeht, dass die Verwaltungsreform dazu beiträgt, wünschenswerte kreisübergreifende Kooperation zu fördern bzw. ob ihr bereits Fälle im Land bekannt sind, wo für die Zukunft derartige Überlegungen bestehen?

Bereits heute, auch ohne Verwaltungsreform, bestehen bereichsübergreifende Kooperationen. Zum einen verpflichtet § 13 RDG die Träger des Rettungsdienstes benachbarter Rettungsdienstbereiche sich auf Anforderung der Rettungsleitstellen/Integrierten Leitstellen gegenseitig Unterstützung zu leisten, zum andern bestehen beispielsweise in den Rettungsdienstbereichen Freiburg/Breisgau-Hochschwarzwald und Emmendingen Vereinbarungen über die bereichsübergreifende Versorgung in der Notfallrettung in den Rettungswachen Breisach, Endingen und Waldkirch.

Daneben haben – wie unter III. 10., 11. und 16. dargestellt – das Innenministerium und das Sozialministerium ein gemeinsames Konzept über die Weiterentwicklung der Leitstellenstruktur erarbeitet. Hierbei wurden auch Hinweise zur Einrichtung bereichs- bzw. kreisübergreifender Integrierter Leitstellen gegeben.

Ob zukünftig bereichsübergreifende Integrierte Leitstellen eingerichtet werden, hängt von der Interessenlage der Träger der Leitstellen ab, die dies gemeinsam zu entscheiden haben. Welche zusätzliche Entwicklung nach Abschluss der Verwaltungsreform sich anbahnen wird, kann zurzeit nicht abgeschätzt werden. Wie bereits dargestellt, zeichnen sich bereichsübergreifende Kooperationen über die Vernetzung zweier Leitstellen, z. B. Mosbach/Hohenlohe, Pforzheim/Heilbronn, Sigmaringen/Ravensburg sowie Rottweil/Villingen-Schwenningen, ab.

III. 17. Ob europarechtliche Rahmenbedingungen existieren oder in Planung sind, die Handlungsbedarf hinsichtlich der Notrufsituation ggf. auch der Vernetzung und Zusammenführung der Leitstellen und der Ausstattung von Rettungsdienst- und Brandschutzkräfte beinhalten?

Derzeit gilt die sog. Europäische Richtlinie E 112. Diese verlangt, dass flächendeckend die Kurzrufnummer „112“ jederzeit von einer ständig besetzten Stelle abgefragt wird. Dies ist in Baden-Württemberg gewährleistet. Nach der Abfrage veranlasst die Integrierte Leitstelle die Alarmierung von entsprechenden Einsatzkräften – Rettungsdienst oder Feuerwehr –, die dem Hilfesuchenden die erforderliche Hilfe gewähren.

Bei den Mobilfunknetzen ist zurzeit nur eine Zuordnung des Anrufes zur benutzten Basisstation möglich und daher als Standortinformation ohne Bedeutung. Es wird an einem Verfahren gearbeitet, auch in den Mobilfunknetzen eine Standortanzeige technisch zu realisieren.

Die Richtlinie macht keinerlei Vorgaben hinsichtlich der Zahl der Abfragestellen oder hinsichtlich der Qualität der Disponenten in den Abfragestellen.

IV. 18. Welche Konsequenzen es für den Rettungsdienst, die Feuerwehren und die Polizei im Land hat, dass ihnen keine moderne digitale Funktechnik zur Verfügung steht?

Die analogen Funksysteme der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) genügen nicht mehr den heutigen taktischen, technischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen. Aufgrund des akuten Frequenzmangels wurden die Netze nur für den Fahrzeugbetrieb konzipiert. Die für den Betrieb von Handfunkgeräten in Siedlungsgebieten notwendige Verdichtung der einzelnen Netze ist nicht realisierbar. Zudem bereitet die Koordination der Betriebsfrequenzen bei Großereignissen Probleme.

Analoge Netze sind leicht abhörbar, da sie technisch nur unzureichend zu verschlüsseln sind. Die Datenübertragung ist nur in sehr geringem Umfang möglich. Die Funkgeräte entsprechen nicht mehr dem heutigen Stand der Technik und werden an den modernen, wesentlich leistungsfähigeren Mobilfunktelefonen gemessen. Die Verfügbarkeit der veralteten Technik wird zunehmend schwieriger, da weltweit in allen Bereichen auf Digitaltechnik umgestellt wird. Mittelfristig ist mit der Einstellung der Produktion der speziell für die BOS entwickelten analogen Funksysteme zu rechnen. Für die bestehenden Altsysteme sind bereits jetzt keine Ersatzteile mehr lieferbar.

IV. 19. Ob abzusehen ist, wann eine digitale Funktechnik im Land zum Einsatz kommen wird und

IV. 20. was sie tut, um auf Dauer einheitliche Funkstandards in Deutschland zu sichern?

Bund und Länder haben die Einführung eines modernen, bundesweit einheitlichen digitalen Sprech- und Datenfunksystems für alle BOS beschlossen und eine Projektorganisation „netzwerk-BOS“ eingerichtet. Die Organisation bereitet derzeit das Vergabeverfahren zur Einführung des Digitalfunknetzes vor. In diesem Jahr sollen alle notwendigen Grundsatzentscheidungen getroffen werden. Die Ausschreibung soll Anfang 2005 durch ein Teilnahmeverfahren zur Ermittlung kompetenter Unternehmen eingeleitet werden. Der Zuschlag an das Unternehmen, das die Planung, den Aufbau und Betrieb des künftig gemeinsam genutzten Netzes vornehmen wird, soll Mitte 2006 erfolgen. Mit dem Aufbau erster Teilnetze ist in Baden-Württemberg voraussichtlich im Laufe des Jahres 2007 zu rechnen. Die Fertigstellung des bundesweiten Digitalfunknetzes ist Ende 2010 vorgesehen. Der Betrieb soll sich bis mindestens 2020 erstrecken.

Die Sicherung der Einheitlichkeit des bundesweiten Digitalfunknetzes wird durch einen Lenkungsausschuss auf Ebene der Innenstaatssekretäre des Bundes und der Länder gewährleistet, in dem die Mitglieder die Interessen aller BOS vertreten.

IV. 21. Ob es für die Landesregierung bedeutsam ist, dass sowohl Rettungsdienste als auch Feuerwehren und Polizei über eine einheitliche Funktechnik verfügen?

Die Funkkommunikation stellt für die BOS ein wesentliches Führungs- und Einsatzmittel für die vielfältige Aufgabenerfüllung dar. Wichtige Tätigkeiten wie die Steuerung und Koordination von Einsätzen vor Ort, die leitstellengestützte Einsatzführung oder die verdeckte Ermittlung, können ohne das Einsatzmittel Funk nicht durchgeführt werden. Bereits mit der Einführung der analogen Funktechnik wurden BOS-übergreifend die taktisch-operativen Anforderungen gebündelt und die Kompatibilität der Systeme sichergestellt. Bei Großschadenslagen hat sich diese von öffentlichen Mobilfunknetzen unabhängige, einheitliche Kommunikationsplattform landes- und bundesweit bewährt. Im künftigen Digitalfunksystem wird die Möglichkeit der bundesweiten Sprach- und Datenkommunikation aller BOS in einem Netz ohne Medienbruch eröffnet. Dadurch wird sichergestellt, dass ein schneller Informationsaustausch zur Abstimmung von Einsatzhandlungen zwischen den BOS jederzeit erfolgen kann.

IV. 22. Ob sie es als datenschutzrechtlich und im Hinblick auf die Einsatzeffizienz problematisch bewertet, dass der Funkverkehr von Rettungsdiensten, Feuerwehr, aber besonders schlimm auch der Polizei mit einfachsten Mittel abgehört werden kann?

Der Sprechfunk kann in analogen Netzen der BOS mit einfachen Mitteln – Scannern – abgehört werden. Einen wirksamen Schutz gegen Abhören und Auswerten durch Nichtberechtigte sowie die Erfüllung der Datenschutzbestimmungen bietet nur die sichere, netzübergreifende Verschlüsselung in einem künftigen Digitalfunksystem. Die Verschlüsselung des Funkverkehrs stellt aus einsatztaktischen Gründen einen wesentlichen Bestandteil des Sicherheitskonzepts zur Aufgabenerfüllung der BOS dar.

V. 23. Wie sie die Idee einer Zusammenfassung und Vereinheitlichung von Katastrophenschutz-, Rettungsdienst- und Feuerwehrgesetz in einem Gesetz bewertet?

V. 24. Ob darin ein Beitrag zu einer Entbürokratisierung liegen würde?

V. 27. Welche Erfahrungen andere Länder (z. B. Bremen) dazu bewogen haben, einheitliche Brandschutz-, Rettungsdienst- und Katastrophenschutzgesetze vorzubereiten oder/und umzusetzen?

Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen gewährleisten schon bisher ein abgestuftes und kooperatives Zusammenwirken der einzelnen Hilfeleistungssysteme. Nach Auffassung der Landesregierung rechtfertigt sich daher der Aufwand einer Gesetzesnovellierung nur dann, wenn die Zusammenführung der jeweiligen Materien *substantielle Fortschritte in der Sache* bringt. Von den Befürwortern eines „Integrierten Hilfeleistungsgesetzes“ wurden bislang – mit der Ausnahme von allgemeinen Hinweisen auf Synergieeffekte sowie eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Feuerwehr, Rettungskräften und Katastrophenschutzeinheiten – keine konkreten Argumente vorgetragen, die im Flächenstaat Baden-Württemberg zu einer Verbesserung der Situation der Feuerwehrleute und der Helfer in einer Schadenslage durch eine Zusammenfassung der drei vorgenannten Gesetze führen würde.

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit der am Katastrophenschutz beteiligten Organisationen lässt sich nicht durch die Zusammenfassung der verschiedenen Regelwerke erreichen, sondern durch vermehrte Absprachen und abgestimmtes Handeln, was die Einsatzplanung, die Ausrüstung, die Kommunikation und die Führung betrifft. Daher sollten die zur Verfügung stehenden Ressourcen dafür verwendet werden, die bestehenden Rettungssysteme in der Praxis in diesem Sinne enger miteinander zu verzahnen und aufeinander abzustimmen. Hieran wird gearbeitet.

Eine Überprüfung der bestehenden Gesetze hat ergeben, dass nur wenige Vorschriften vereinheitlicht und „vor die Klammer gezogen“ werden könnten. Für die

übrigen Regelungen der drei Gesetze müssten – bedingt durch die unterschiedlichen Adressaten und Regelungsmaterien – jeweils verschiedene Abschnitte weitgehend mit den bisherigen Inhalten gebildet werden. De facto würde das „Integrierte Hilfeleistungsgesetz“ somit kaum einen Beitrag zur Entbürokratisierung leisten.

Sollte sich bei der Fortentwicklung des Zivil- und Katastrophenschutzes aufgrund konkreter Fakten ergeben, dass eine Zusammenführung der verschiedenen Regelwerke Sinn macht, kann immer noch an ein solches Gesetzesvorhaben herangegangen werden.

V. 25. Ob die verschiedenen Zuständigkeiten im Katastrophenfall oder einem anderen Fall der Gefahrenabwehr (der gegebenenfalls auch längere Zeit angehalten hat) zu Schwierigkeiten geführt hat oder führen kann?

Ein solcher Fall ist der Landesregierung nicht bekannt.

V. 26. Ob die im „Kirchbach-Bericht“ zur Flut in Sachsen 2002 gewonnenen Erkenntnisse (z. B. eine Aufsplittung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu bereinigen; ein neues Hochwassersystem zu erarbeiten und anzuwenden; eine Vielzahl von Normen zu bündeln und zu vereinfachen; ...) auch für Baden-Württemberg Geltung haben?

Die im „Kirchbach-Bericht“ aufgezeigten Defizite im Bereich des vorbeugenden und vorbereitenden Hochwasserschutzes sowie im Bereich der Gefahrenabwehr-/Katastrophenvorsorge sind in Baden-Württemberg nicht erkennbar.

Die Landesregierung sieht deshalb für Baden-Württemberg keinen grundsätzlichen, fundamentalen Verbesserungsbedarf, wohl aber einen Optimierungsbedarf, an dem die beteiligten Ressorts arbeiten.

Gönner

Sozialministerin