

Stuttgart, den 21. Februar 2013

Die Notfallrettung zukunftsfest machen!

Thesen zur Reform des Rettungsdienstwesens in Baden-Württemberg

Ein Diskussionspapier des Landkreistags Baden-Württemberg

Vorbemerkung

Die Versorgung mit rettungsdienstlichen Leistungen erfolgt in Baden-Württemberg auf einem qualitativ hohen Niveau. Dies ist das gemeinsame Verdienst aller hieran Beteiligten.

Zugleich steht das Rettungsdienstwesen vor gewaltigen Herausforderungen. Zu nennen sind insbesondere zwei gegenläufige Entwicklungen, nämlich der demografisch bedingte Anstieg des Notfallaufkommens einerseits sowie der zunehmende Notärztemangel andererseits. Das bisherige gute Versorgungsniveau im Rettungsdienstwesen erweist sich in dieser Perspektive als gefährdet. Besonders betroffen hiervon sind Menschen, die in ländlichen Räumen zuhause sind.

Vor diesem Hintergrund setzen sich die Landkreise mit Nachdruck dafür ein, das Rettungsdienstwesen zukunftsfest zu machen. Der Moment hierfür ist günstig. Denn noch kann die Reform des Rettungswesens aktiv gestaltet werden, noch sind die äußeren Zwänge nicht übermächtig.

Die Thesen der Landkreise zur Reform des Rettungsdienstwesens in Baden-Württemberg lassen sich drei Hauptthesen zuordnen. Die ordnungspolitische Hauptthese lautet, dass das Rettungsdienstwesen ein unverzichtbares Kernelement der kommunal mitzuverantwortenden öffentlichen Daseinsvorsorge verkörpert. Die strukturpolitische Hauptthese besagt, dass die Zukunft der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr in der Vernetzung liegt, nicht in ihrer Segmentierung, Zentralisierung oder in der Verdrängung des Ehrenamts. Die versorgungspolitische Hauptthese schließlich betont, dass sich substantielle medizinische und ökonomische Effizienzsteigerungen erreichen lassen, wenn die Notfalkette umfassend optimiert wird.

Nicht alle Thesen der Landkreise zur Reform des Rettungsdienstwesens werden bei den anderen Akteuren auf ungeteilte Zustimmung stoßen. Dennoch besteht in einer ganzen Reihe von Punkten grundsätzliches Einvernehmen sowohl mit den Leistungs- und Kostenträgern im Rettungsdienst als auch mit der Politik. Eine große gemeinsame Schnittmenge gibt es bei-

spielsweise zwischen den hier vorgelegten Thesen und dem einschlägigen Positionspapier des DRK-Landesverbands Baden-Württemberg e. V. vom März 2012.

Dass die Thesen der Landkreise zur Reform des Rettungsdienstwesens in Baden-Württemberg an vielen Stellen anschlussfähig sind zu den Konzeptionen der anderen Stakeholder, kommt nicht von ungefähr. Denn mit diesen Thesen wird keinem Systemwechsel das Wort geredet. Es geht den Landkreisen vielmehr um eine Optimierung des bestehenden und im Prinzip bewährten Rettungsdienstsystems; um nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Thesen

Der Rettungsdienst ist integraler Bestandteil der kommunal mitverantwortenden öffentlichen Daseinsvorsorge. Deshalb muss diese Mitverantwortung auch rechtlich besser verankert werden.

1. Die Leistungen der Notfallrettung wie auch die des Krankentransportes gehören als die beiden Pfeiler des Rettungsdienstes zum Kernbereich öffentlicher Daseinsvorsorge. In der Bundesrepublik Deutschland sind es im Wesentlichen die Kreise, Städte und Gemeinden, die – auch aus Rücksicht auf die verfassungsrechtlich verbürgte kommunale Selbstverwaltungsgarantie – die öffentliche Daseinsvorsorge gewährleisten. Schon vor diesem Hintergrund erweist sich die Forderung der Landkreise als legitim, stärker an den Entscheidungen im baden-württembergischen Rettungsdienstwesen beteiligt zu werden.
2. Die derzeit diskutierten Ansätze, Leistungen des Rettungsdienstes verstärkt dem freien Wettbewerb auszuliefern und zugleich die ehrenamtlichen Strukturen zurückzudrängen, bergen die Gefahr, dass sich Qualität, Umfang und Kontinuität rettungsdienstlicher Leistungserbringung negativ entwickeln. Durch eine verstärkte Einbindung der Land- und Stadtkreise in die Entscheidungsstrukturen des Rettungsdienstwesens kann diesen Tendenzen entgegengewirkt werden. Denn hierdurch wird die Zugehörigkeit des Rettungsdienstwesens zur Daseinsvorsorge und zu den Angelegenheiten der kommunalen Bürgerschaften gefestigt.
3. Dass sich die Landkreise stärker in das Rettungsdienstwesen einbringen wollen, hängt schließlich, aber nicht zuletzt, mit ihrem wachsenden Engagement im Gesundheitsbereich generell zusammen. Die Landkreise reagieren damit auf die immensen Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen in Deutschland allein schon auf Grund der demografischen Entwicklung steht. Um diese Herausforderungen zu meistern, müssen sich die Akteure regional noch deutlich stärker vernetzen als bislang. Nur dann lässt sich auf Dauer eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Gesundheitsinfrastruktur nachhaltig aufrechterhalten. Die Landkreise begreifen es insofern als ihre kommunale Daseinsvorsorgeaufgabe, eine besser vernetzte regionale Gesundheitsversorgung im Interesse der Bürgerinnen und Bürger aktiv und umfassend mitzugestalten. Mit ihren Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie mit den unteren Gesundheitsbehörden der Landratsämter bringen die Landkreise hierfür wichtige Voraussetzungen und Erfahrungen mit. Sie sind willens und in der Lage, weitere Segmente des Gesundheitssystems und insbesondere auch das Rettungsdienstwesen als integralen Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge mitverantworten.

4. Aus der Zuordnung des Rettungsdienstwesens zur Daseinsvorsorge folgt, dass die kommunale Seite im Landesausschuss für den Rettungsdienst mit Sitz und Stimme vertreten sein muss. Dies ist ein Beitrag zur besseren Vernetzung und stärkt die fachliche Kompetenz des Gremiums. Dem Landesausschuss sollten daher auch Vertreter des Landkreistags sowie des Städtetags angehören. Eine Drittelparität zwischen Leistungsträger, Kostenträgern und Vertretern der öffentlichen Daseinsvorsorge ist anzustreben.
5. Wegen des Daseinsvorsorgecharakters des Rettungsdienstwesens, aber auch wegen der subsidiären Pflichtträgerschaft der Landkreise und Stadtkreise für den Rettungsdienst darf ein Neuzuschnitt der Rettungsdienstbereiche nur mit Zustimmung der hiervon unmittelbar betroffenen Kreise erfolgen.
6. Auf der Ebene der Rettungsdienstbereiche ist die Beteiligung der Land- und Stadtkreise dadurch sicherzustellen, dass ihnen im Bereichsausschuss im Sinne einer Drittelparität dieselbe Zahl von stimmberechtigten Vertretern zuerkannt wird wie den Leistungsträgern einerseits und den Kostenträgern andererseits. Die Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse kann auch in diesem Fall bei den Landratsämtern bzw. den Bürgermeisterämtern der Stadtkreise als unteren Verwaltungsbehörden verbleiben, weil rechtsstaatlichen Erfordernissen durch die verwaltungsverfahrensrechtlichen Beteiligungsverbote und Befangenheitsregeln hinreichend Rechnung getragen ist.
7. Sollte sich für die im Hinblick auf den Bereichsausschuss gesundheitspolitisch wünschenswerte Drittelparität zwischen Leistungs- und Kostenträgern sowie den Vertretern des betreffenden Land- oder Stadtkreises politisch vorerst keine Gestaltungsmehrheit finden lassen, so bedarf es zumindest eines rechtsaufsichtlichen Genehmigungsvorbehalts bezüglich wesentlicher vom Bereichsausschuss zu treffenden Entscheidungen. Zu diesen wesentlichen Entscheidungen gehören insbesondere die Erstellung des Bereichsplans sowie die Anordnungen nach § 10 Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz Rettungsdienstgesetz. Außerdem muss dem Vertreter der Rechtsaufsicht im Bereichsausschuss ein formelles Anwesenheits- und Rederecht zustehen.
8. Hinzu kommt, dass die Festlegung des Leitstellenentgelts durch den Bereichsausschuss nur bei Realisierung der Drittelparität – und gleichzeitiger Anwendung des Konsensprinzips – legitim ist und für alle Beteiligten einheitlich geregelt werden kann. Nur dann nämlich sind beide Träger der Integrierten Leitstelle in angemessener Weise in die Entscheidung über das Leitstellenentgelt einbezogen und kann vermieden werden, dass das Leitstellenentgelt ohne hinreichende Berücksichtigung der zwischen ihnen geschlossenen Trägervereinbarung festgesetzt wird. Ohnehin ist für die Zukunft zu fordern, dass die Entscheidung über die Aufteilung der Kosten der Integrierten Leitstelle einheitlich von allen auf der Leistungs- und Kostenseite Beteiligten getroffen und für den Fall der Nichteinigung der Verwaltungsrechtsweg eröffnet wird.
9. Ohne Drittelparität im Bereichsausschuss lassen sich stimmige Strukturen nur in der Weise erreichen, dass die Integrierten Leitstellen kommunalisiert werden. Die bisherigen Leitstellenentgelte werden in diesem Modell vorzugsweise als Leitstellengebühr erhoben. Dabei soll die Kommunalisierung der Integrierten Leitstelle es selbstverständlich nicht ausschließen, dass Dritte ganz oder teilweise mit deren Betrieb betraut werden,

gegebenenfalls auch in der weitgehenden Form der Dienstleistungskonzession.

10. Um ihren Daseinsvorsorgeaufgaben gerecht werden zu können, benötigen die Bereichsausschüsse neben der Anordnungsbefugnis nach § 10 Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz RDG zusätzliche Sicherstellungsinstrumente. Hierzu gehört etwa die Befugnis des Bereichsausschusses, mit Trägern eines notärztlichen Rettungsdienstes (z. B. Notarztvereinen) „Sicherstellungsverträge“ abzuschließen; diese wiederum müssen, wenn eine Vergütungsregelung nicht zustande kommt, eine Schiedsstelle anrufen können, wobei ein verbindliches Fristenkorsett vorzusehen ist. Jedenfalls muss die wenig sachgerechte de-facto-Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenhäuser sowohl rechtlich als auch praktisch überwunden werden und der Bereichsausschuss in die Lage versetzt werden, eine regional adaptierte Versorgungsstruktur wirkungsvoll zu gestalten.
11. Um die Erfüllung der Daseinsvorsorgeaufgabe „Rettungsdienst“ effektiv durchsetzen zu können, sollte eine klarstellende Regelung in das Rettungsdienstgesetz aufgenommen werden, aus der sich ergibt, welche aufsichtlichen Instrumente den unteren Verwaltungsbehörden bei den Landratsämtern und Bürgermeisterämtern der Stadtkreise als Rechtsaufsichtsbehörden über die Bereichsausschüsse zustehen. Zumindest sollte die analoge Anwendbarkeit der §§ 118 ff. GemO gesetzlich ausdrücklich angeordnet werden.
12. Das auch für das baden-württembergische Rettungsdienstwesen prägende Konzessionsmodell ist dem Submissionsmodell überlegen. Denn im Rahmen des Konzessionsmodells besteht rechtlich ein größerer Gestaltungsspielraum. Dadurch gelingt es leichter, passgenaue Lösungen zu realisieren, um eine hohe Qualität der rettungsdienstlichen Leistungen auf Dauer sicherzustellen. Außerdem lassen sich unter diesen rechtlichen Bedingungen die Schnittstellen insbesondere zum Katastrophenschutz besser bewältigen. Im Übrigen bekräftigt es die zu verteidigende Zugehörigkeit des Rettungsdienstwesens zur öffentlichen Daseinsvorsorge, wenn die rettungsdienstliche Aufgabenwahrnehmung über Dienstleistungskonzessionen statt über die generelle Ausschreibung des Rettungsdienstes ins Werk gesetzt wird.

Die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr muss noch besser vernetzt werden. Tendenzen, das Rettungsdienstwesen zu segmentieren, es zu zentralisieren oder das Ehrenamt zurückzudrängen, ist aktiv entgegenzutreten.

13. Schon heute kooperieren die Träger der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr eng miteinander. Dieses Vernetzungsmodell ist grundsätzlich erfolgreich. Das System der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr muss daher auch weiterhin als integriertes Hilfeleistungssystem verstanden und ausgebaut werden; keinesfalls darf es segmentiert werden. Bei der fälligen Novellierung des Rettungsdienstrechts muss diese Leitvorstellung konsequent umgesetzt werden. Die vernetzenden Kooperationen des Rettungsdienstes mit Katastrophenschutz und Feuerwehr sowie mit vertragsärztlichem Notdienst und Krankenhausambulanz müssen gesetzlich aufgewertet und rechtlich verlässlich geregelt werden.
14. Im Netzwerkverhältnis von Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz gibt es etliche Schnittstellenprobleme, die rechtlich und praktisch gelöst werden müssen. Unklarheiten bestehen beispielsweise im Hinblick auf die Einsatzleitung, das Helferrecht

sowie die Kostenregelungen. Besonderer Regelungsbedarf besteht dabei im Grauzonenbereich zwischen täglicher Gefahrenabwehr, Großschadenslage und Katastrophenschutz. Hier bedarf es zwingend einer rechtlichen Harmonisierung. Die stärkeren Argumente sprechen dafür, diese Zielsetzung im Rahmen eines neuen Hilfeleistungsgesetzes zu realisieren. In Betracht kommt aber auch ein Artikelgesetz, das die bestehenden Gesetze entsprechend anpasst. Ein Hilfeleistungsgesetz macht im Übrigen auch dann Sinn, wenn – was zu befürworten ist – der bestehende ordnungspolitische Rahmen gewahrt bleibt, es also bei der getrennten Aufgabenträgerschaft bleibt und im Rettungsdienstwesen am Konzessionsmodell festgehalten wird. Ein integriertes Hilfeleistungsgesetz zwingt nämlich sehr viel stärker als ein Artikelgesetz dazu, die Schnittstellenprobleme tatsächlich zu bereinigen.

15. In organisatorischer Hinsicht hat die neue Landesregierung bereits einen wichtigen Schritt in Richtung einer weiteren Vernetzung der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr getan. Es hat die Zuständigkeiten für die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr in einem Ressort gebündelt. An dieser Zuständigkeitskonzentration, die auch schon in den „Gesundheitspolitischen Leitlinien des Landkreistags Baden-Württemberg“ gefordert worden ist, sollte unbedingt festgehalten werden. Sie sollte als Chance genutzt werden, ein besser abgestimmtes Hilfeleistungssystem zu entwickeln und die Stadt- und Landkreise angemessen am Rettungsdienstwesen zu beteiligen.
16. Im Zuge der Novelle des Rettungsdienstrechts muss dafür gesorgt werden, dass das Rettungsdienstwesen sowohl auf der Planungsebene (Rettungsdienstplan und Bereichsplan) wie auch in organisatorischer Hinsicht stärker in die allgemeine Gesundheitsplanung und -versorgung hinein vernetzt wird. In planerischer Hinsicht etwa muss es eine Rückkopplung der Rettungsdienstplanung an den sektorenübergreifenden Landesausschuss, des Bereichsplans an die kommunalen Gesundheitskonferenzen geben.
17. Die Krankentransporte sollten im rettungsdienstrechtlichen Regime verbleiben. Eine diesbezügliche Segmentierung des Rettungsdienstwesens wird grundsätzlich abgelehnt. Allerdings bedarf es im Hinblick auf die Kosten, die durch die Vermittlung der Krankentransporte verursacht werden, einer gesetzlichen Transparenzvorgabe, damit nicht die Träger der Feuerwehr mit diesen Kosten belastet werden.
18. Segmentierende Ansätze im bestehenden Rettungsdienstrecht sind zu beseitigen. So ist es systematisch falsch, wenn das Rettungsdienstgesetz die Festlegung der Benutzungsentgelte für den Rettungsdienstbereich aus dem Bereichsausschuss auslagert. Dies wird der Bedeutung des Bereichsausschusses als zentralem, integrierendem Organ des Rettungsdienstbereichs nicht gerecht. Vereinbarungen über Benutzungsentgelte sind daher nach Maßgabe des Konsensprinzips im Bereichsausschuss zu treffen. Als Folgeänderung muss bei einer Einbeziehung der Entgeltvereinbarungen in den Aufgabenkreis des Bereichsausschusses auch die Schiedsstellenregelung dahingehend fortgeschrieben werden, dass der Schiedsstelle neben Vertretern der Kosten- und Leistungsträger auch Vertreter des Kreises angehören.
19. Zentralisierungsbestrebungen, die dahin gehen, die Zahl der Integrierten Leitstellen im Land auf zehn, acht oder noch weniger regionale Leitstellen zu beschränken, wird eine

entschiedene Absage erteilt. Dadurch würde die Ortskenntnis und -nähe verloren gehen, die für eine optimierte Notfallrettung von zentraler Bedeutung ist.

20. Es macht allerdings Sinn, den technischen Standard der integrierten Leitstellen zu vereinheitlichen und ihnen durch eine zentrale Plattform des Landes ein gemeinsames technisches Rückgrat einzuziehen. Dies wäre schon deshalb von Vorteil, weil sich die dezentralen Integrierten Leitstellen dann in Problemfällen leichter mit Personal aushelfen könnten, weil alle über die gleichen Kenntnisse verfügen.
21. Unter den Randbedingungen, die in den „Gemeinsamen Hinweisen zur Leitstellenstruktur der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr“ vom 9. November 2010 niedergelegt sind, ist es auf freiwilliger Basis denkbar, aber keineswegs zwingend, bereichsübergreifende integrierte Leitstellen zu schaffen.
22. Unabhängig davon, ob die Integrierten Leitstellen kommunalisiert oder in gemeinsamer Trägerschaft betrieben werden, müssen ihre Kosten in jedem Fall fair zwischen den Bereichen Rettungsdienst und Feuerwehr verteilt werden. Dazu muss im Rettungsgesetz verbindlich festgelegt werden, dass sich die Kostenzuordnung nach der Kostenverursachung zu richten hat. Ergänzend bedarf es einer gesetzlichen Regelung, der zufolge die verschiedenen von der Integrierten Leitstelle erbrachten Leistungen dergestalt quantitativ und qualitativ dokumentiert werden müssen, dass eine verursachergerechte Kostenzuordnung ermöglicht wird.
23. Um einen effizienten Rechtsvollzug zu gewährleisten, muss im Falle der gemeinsamen Trägerschaft gesetzlich klargestellt werden, dass bei der Festlegung des Leitstellenentgelts nur dann von der Kostenaufteilung abgewichen werden darf, die zwischen den Trägern der Integrierten Leitstelle vereinbart wurde, wenn sich diese als willkürlich erweist. Dies gilt unbeschadet der Forderung, die Integrierten Leitstellen zu kommunalisieren, wenn den Kommunen keine drittelparitätische Vertretung im Bereichsausschuss zugebilligt wird.
24. Die „Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen mit dem vertragsärztlichen Notdienst in Baden-Württemberg“ lässt die neue Rechtslage unberücksichtigt, wonach die Leitstellen für den Rettungsdienst und die Feuerwehr im integrierten Betrieb in gemeinsamer Trägerschaft einzurichten sind. Die Land- und Stadtkreise müssen in das Vertragswerk einbezogen werden.
25. Die in Brüssel diskutierte Erstreckung der EU-Arbeitszeitrichtlinie auf ehrenamtliche Helfer ist für den Bereich des Rettungsdienstes ebenso abzulehnen wie für den Bereich der Feuerwehr und des Katastrophenschutzes. Ehrenamtlich erbrachte Dienste müssen erleichtert und nicht durch weitere Reglementierungen erschwert werden.

Die gesamte Notfallkette – von der Alarmierung bis zur Versorgung in der Klinik – muss neu in den Blick genommen und konsequent weiter optimiert werden. Dann zeigt sich auch, dass die Einhaltung der doppelten Hilfsfrist kein nachhaltig belastbarer Indikator für die Qualität der Notfallversorgung ist.

26. Die Qualität des Rettungsdienstwesens maßgeblich an die Einhaltung der doppelten Hilfsfrist zu knüpfen, führt in die Irre. Die Notfallkette beginnt bereits mit der Alarmierung und endet im Zweifel mit der Behandlung im OP-Saal. Es sind also sehr viel mehr Schritte notwendig, um eine optimale Versorgung der Notfallpatienten und Unfallopfer zu erreichen, als es eine isolierte Betrachtung der doppelten Hilfsfrist suggeriert. Des Weiteren wird bei einer Fokussierung auf die doppelte Hilfsfrist vernachlässigt, dass längst nicht in allen Konstellationen ein Notarzt aus notfallmedizinischen Gründen erforderlich ist. Es ist daher geboten, die rechtlichen Qualitätsanforderungen an die Notfallkette unter wissenschaftlicher Begleitung neu zu definieren. Die zu statische doppelte Hilfsfrist ist kein nachhaltig belastbarer Indikator für die Qualität der Notfallversorgung und muss daher überwunden werden.
27. Zu berücksichtigen ist, dass 80 Prozent der Notfälle nicht mehr als ein halbes Dutzend Krankheitsbilder zugrunde liegt. Auch vor diesem Hintergrund erscheint es als nicht angemessen, wenn in 100 Prozent der Fälle neben entsprechend qualifiziert aus- bzw. weitergebildeten Rettungsassistenten zusätzlich ein Notarzt vor Ort anwesend sein muss. Es bedarf der indikationsbezogenen Differenzierung. Denkbar ist es, dass im Zuge der auf alle Glieder der Notfallkette bezogenen Optimierung der Notfallkette die Hilfsfrist sogar verkürzt wird – bezogen auf das Eintreffen eines mit entsprechendem Personal besetzten Rettungswagens am Notfallort.
28. Die Abkehr von der doppelten Hilfsfrist ist von Randbedingungen abhängig. Dazu gehört insbesondere die höhere Qualifikation der bisherigen Rettungsassistenten, wie sie durch das Notfallsanitätäergesetz beabsichtigt ist. Außerdem sollte die Ablösung der doppelten Hilfsfrist von einem Prozess begleitet werden, der die Optimierung der Rettungskette zum Ziel hat. Hierzu gehört auch die Mobilisierung telemedizinischer Möglichkeiten.
29. Die Intention des im Entwurf vorliegenden Notfallsanitätäergesetzes, die fachliche Ausbildung der bisherigen Rettungsassistenten zu verbessern und ihnen in diesem Zuge auch erweiterte Handlungskompetenzen zu übertragen, wird ausdrücklich begrüßt. Bedauerlich ist allerdings, dass das Notfallsanitätäergesetz die Finanzierung dieses teureren Systems nicht regelt. Eine Klärung der finanziellen Verantwortlichkeiten ist aber Voraussetzung dafür, dass die angedachten Regelungen rasch in Kraft gesetzt werden können.
30. Durch entsprechend aufgestellte Helfer-vor-Ort-Gruppen kann die Notfallkette optimiert werden. Es sind die Voraussetzungen zu schaffen, dass die Helfer-vor-Ort-Gruppen ein verlässliches Glied in der Notfallkette sein können. Angesichts des demografischen Wandels wird die Bedeutung der Helfer-vor-Ort-Gruppen für eine optimierte Notfallrettung weiter zunehmen.
31. Nun sollte die Notfallrettung nach Möglichkeit nicht erst mit dem Erscheinen der Helfer vor Ort oder dem Eintreffen des Rettungswagens beginnen. Die ersten Minuten sind häufig entscheidend für die Überlebens- bzw. Genesungschancen der Verunglückten. Die

Landkreise halten es daher für unabdingbar, die Erste-Hilfe-Kenntnisse der Bevölkerung in der Breite zu verbessern und zu vertiefen. Auch dieses erste Glied der Rettungskette muss optimiert werden, etwa durch breit angelegte, vernetzte Qualifizierungskampagnen.

32. Um ein Stadt/Land-Gefälle bei der Notfallrettung zu verhindern, muss die Luftrettung – auch gesetzlich – aufgewertet werden. Dies gilt gleichermaßen für die Primär- wie für die Sekundäreinsätze. Angesichts dessen, dass das Rettungswesen Länderangelegenheit ist, stellt es ein Armutszeugnis für das Flächenland Baden-Württemberg dar, dass es hierzulande bislang keine regulären 24-Stunden-Standort gibt. Wie das Beispiel anderer Bundesländer lehrt, sind diese integraler Bestandteil einer optimierten Notfallkette.

Fazit

Die vielfach instrumentalisierte Hilfsfristediskussion verstellt den Blick auf die eigentliche Herausforderung, die das Rettungsdienstwesen zu bewältigen hat, um zukunftstauglich zu bleiben: Die Notfallkette muss insgesamt optimiert werden – beginnend bei der Ersten Hilfe, über die Stärkung der Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter und die intelligente Einbindung der Luftrettung, bis hinein in die Operationssäle. Nach Einschätzung der Landkreise besteht im Hinblick auf diese Notwendigkeiten ein besonders hohes Maß an Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren des Rettungsdienstwesens. Daran gilt es anzuknüpfen.

Eine optimierte Notfallkette setzt voraus, dass alle Räder nahtlos ineinandergreifen. Nicht zuletzt deshalb muss die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr mit aller Konsequenz weiter vernetzt werden. Nachdem die ministeriellen Zuständigkeiten für die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr inzwischen beim Innenministerium gebündelt wurden, sind die Chancen für eine positive Weiterentwicklung des Gesamtsystems gewachsen, was aktiv genutzt werden sollte. Insbesondere bei den Integrierten Leitstellen gibt es gegenwärtig noch etliche Schnittstellenprobleme, die gelöst gehören. Notfalls müssen die Integrierten Leitstellen kommunalisiert werden.

Hingegen steht eine Kommunalisierung des Rettungsdienstwesens insgesamt gegenwärtig nicht auf der politischen Agenda der Landkreise. Stattdessen fordern die Landkreise innerhalb der bestehenden Systematik zusätzliche Mitsprache- und Entscheidungsbefugnisse. Den Rettungsdienst begreifen die Landkreise als integralen Bestandteil der kommunal mitverantwortenden öffentlichen Daseinsvorsorge. Die fachliche Kompetenz der Landkreise sollte stärker genutzt werden.

Nach allem bezwecken die Landkreise mit der von ihnen befürworteten Reform keine komplette Neuordnung des erfolgreichen baden-württembergischen Rettungsdienstwesens. Vielmehr geht es um versorgungs-, struktur- und ordnungspolitische Korrekturen im Rahmen des bestehenden und grundsätzlich bewährten Systems. Die unterstützten Reformmaßnahmen haben dabei allesamt dasselbe Ziel: die Notfallrettung zukunftsfest zu machen.