

Positionen zur Zukunft des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg



Vorwort

Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge. Die Bürger des Landes haben einen gesetzlichen garantierten Anspruch auf qualifizierte notfallmedizinische Hilfe, die dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens und der Technik entspricht.

Das Deutsche Rote Kreuz ist der größte Leistungsträger im Rettungsdienst in Baden-Württemberg. Rettungsdienstliche Aufgaben wahrzunehmen gehört für das Deutsche Rote Kreuz seit Jahrzehnten zum Selbstverständnis. Das DRK hat in Baden-Württemberg maßgeblich daran mitgewirkt, einen modernen und wirtschaftlichen Rettungsdienst zu entwickeln, der einen bundesweiten Vergleich nicht zu scheuen braucht.

Das Deutsche Rote Kreuz ist kein ertragsorientierter Dienstleister, sondern stellt als gemeinnützige Hilfsorganisation den Patienten in den Mittelpunkt. Im Interesse der Patienten bindet das Deutsche Rote Kreuz den Rettungsdienst in das komplexe Hilfeleistungssystem ein:

- Erste Hilfe / Wiederbelebung
- Helfer vor Ort
- Rettungsdienst
- Schnelleinsatzgruppen
- Betreuungsdienst
- Notfallnachsorge
- Bevölkerungs- und Katastrophenschutz

Die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung und auch die Ansprüche an einen modernen Rettungsdienst verändern sich stetig. Daraus ergeben sich Herausforderungen und Erwartungen auch an das Deutsche Rote Kreuz als einer der Träger des Rettungsdienstes. Zugleich eröffnen sich aufgrund von technischen und medizinischen Innovationen und Erkenntnissen durchaus Chancen und Möglichkeiten, um diesen Herausforderungen zu begegnen und um die Versorgung der Bevölkerung weiterzuentwickeln und zu verbessern. An dieser Fortentwicklung hat das Deutsche Rote Kreuz seit jeher mitgearbeitet – mit eigenen Projekten und Investitionen, mit Anregungen und als Ideengeber.

Mit einem ersten Positionspapier zur Zukunft des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg vom März 2012 hatte das Deutsche Rote Kreuz eine Reihe von Vorschlägen, wie z. B. die Einführung eines landesweiten GPS-Systems für alle Rettungsmittel, die landesweit einheitliche Vermittlung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und die dreijährige Ausbildung zum Notfallsanitäter gemacht, die in den vergangenen Jahren vom Gesetzgeber aufgegriffen und umgesetzt worden sind.

Die Präsidien der beiden DRK-Landesverbände in Baden-Württemberg haben im Einvernehmen mit ihren Kreisverbänden erneut ein Positionspapier erarbeitet. Es soll dem Ziel

dienen, die hohe Qualität des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg weiterzuentwickeln. Die darin enthaltenen Aussagen stellen unsere Forderungen dar und sind gleichermaßen Selbstverpflichtung.

Stuttgart und Freiburg, im Mai 2018

DRK-Landesverband
Baden-Württemberg e. V.

DRK-Landesverband
Badisches Rotes Kreuz e. V.

Dr. Lorenz Menz
Präsident

Jochen Glaeser
Präsident

Hans Heinz
Landesgeschäftsführer

Birgit Wiloth-Sacherer
Landesgeschäftsführerin

Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird in diesem Positionspapier jeweils nur die männliche Form verwendet. Es sind selbstverständlich stets Männer und Frauen gemeint.

Positionen

1	Integrierte Leitstelle – Partner in allen medizinischen Notlagen	6
2	Transport in die nächste geeignete Klinik.....	8
3	Leistungsfähiger und bedarfsgerechter Krankentransport.....	9
4	Einheit von Notfallrettung und Krankentransport.....	10
5	Personalgewinnung und Ausbildung im Rettungsdienst.....	11
6	Kompetenzen der Notfallsanitäter	13
7	Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz.....	14
8	Krankenhausplanung.....	15
9	Fehlermeldesystem	16
10	Transparenz	17
11	Finanzierung.....	18

1 Integrierte Leitstelle – Partner in allen medizinischen Notlagen

- Die strukturierte Notrufabfrage ist in den Integrierten Leitstellen unverzüglich landesweit einzuführen.
- Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst ist vollständig und flächendeckend durch die Integrierten Leitstellen zu disponieren.
- In allen Integrierten Leitstellen sind die Standorte der Defibrillatoren in ihrem Leitstellengebiet in das Einsatzleitsystem aufzunehmen.
- Mittels eines Pilotprojekts ist zu prüfen, ob mit der Anwesenheit eines Arztes in der Leitstelle die Disposition der Einsätze noch zielgerichteter gelingt. Außerdem sind die Möglichkeiten der Telemedizin zu prüfen und bei entsprechender Eignung zu nutzen.
- Zu prüfen ist eine eigene medizinische Notrufnummer als Ergänzung der „112“.

Die Integrierte Leitstelle ist Ansprechpartner für die Bürgerinnen und Bürger in allen medizinischen Notlagen. Ihr kommt immer mehr eine Steuerungsfunktion in der präklinischen Versorgung der Bevölkerung zu. Die Gesundheitslandschaft und Sozialstrukturen ändern sich: Weniger Krankenhäuser, weniger Hausärzte, Individualisierung und Anspruchsdenken führen dazu, dass der Rettungsdienst zum Dienstleister für alle Gesundheitsprobleme wird.

Eine strukturierte Notrufabfrage schafft sowohl die Möglichkeit, knappe Ressourcen der Notfallrettung optimal zu nutzen und passgenau die geeigneten Rettungsmittel zu disponieren als auch Rechtssicherheit für die Disponenten. Dabei muss der Disponent das gesamte Spektrum – vom Notarzt bis zum kassenärztlichen Bereitschaftsdienst – ausschöpfen können.

Die Leitstellendisponenten müssen festlegen können, in welchem Zeitrahmen der Patient vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst besucht wird. Der diensthabende Arzt wird dann von der Leitstelle direkt beauftragt, also wie ein Rettungswagen bei einem Notfall disponiert. Derzeit wird der kassenärztliche Bereitschaftsdienst von den Leitstellen lediglich vermittelt; es erfolgt also nur eine Weitergabe an den diensthabenden Arzt ohne weitere Steuerungsmöglichkeit. Die Erfahrungen aus den Leitstellen, in denen die Disposition bereits erfolgt, sind durchweg positiv: Besonders für den Patienten hat sie den Vorteil, dass er bei notwendigen Hausbesuchen schnellstmöglich Hilfe erhält. Gleichzeitig wird dadurch die Notfallrettung entlastet.

Um Patienten wirkungsvoll helfen zu können, muss der Disponent neben der telefonischen Anleitung zur Reanimation auch Zugriff auf den Standort von Defibrillatoren haben, die in

der Nähe des Einsatzortes zur Verfügung stehen.

In einem Pilotprojekt ist zu prüfen, ob die Anwesenheit eines Arztes in der Integrierten Leitstelle dazu beitragen kann, bei schwierigen Dispositionsentscheidungen die Wahl des geeigneten Hilfsmittels (Notarzt, Rettungswagen, qualifizierter Krankentransport oder kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) medizinisch abzusichern. Auch die Möglichkeiten der Telemedizin und einer zusätzlichen medizinischen Notrufnummer sind im Hinblick auf einen optimierten Einsatz der notfallmedizinischen Ressourcen zu überprüfen.

2 Transport in die nächste geeignete Klinik

Um kostbare Zeit für die Patienten zu gewinnen, ist ein landesweites, online-gestütztes Bettennachweissystem einzuführen.

Bisher wird die Aufnahmebereitschaft des für einen Patienten geeigneten Krankenhauses von der Integrierten Leitstelle oder von den Einsatzkräften vor Ort telefonisch ermittelt. Ist die ausgewählte Klinik jedoch nicht aufnahmebereit, muss weiter telefoniert werden. Oft geht viel Zeit verloren, bis ein Patient zur Behandlung an eine Klinik übergeben werden kann und das jeweilige Rettungsfahrzeug der Leitstelle für einen neuen Einsatz zur Verfügung steht.

Mit einem online-gestützten, aktuellen landesweiten Bettennachweis, der im Rettungswagen schon vor Ort abrufbar ist, wird wertvolle Zeit für den Patienten gewonnen, da unnötige Telefonate vermieden werden können. Für die Einrichtung eines solchen Netzwerkes – wie in einigen Bundesländern schon geschehen – ist die engagierte Mitwirkung der Krankenhäuser notwendig.

Ein Bettennachweissystem kann insbesondere bei den sogenannten Tracerdiagnosen, bei denen es auf die „Golden Hour“ ankommt, die Prähospitalzeit verkürzen.

3 Leistungsfähiger und bedarfsgerechter Krankentransport

Im Krankentransport sind klare Vorgaben des Landes und wirtschaftlich tragbare Tarife erforderlich. Dies sind die Voraussetzungen, dass ausreichend Fahrzeuge zur Verfügung stehen, um bei vorangemeldeten Krankentransporten die Termine einzuhalten und bei kurzfristig angemeldeten Fahrten eine Wartezeit von 60 Minuten nicht zu überschreiten.

Bereits 2012 wurde in einem Positionspapier als Qualitätsstandard die Aufnahme einer Wartezeit im Krankentransport von höchstens 40 Minuten in den Rettungsdienstplan Baden-Württemberg und die entsprechende Finanzierung gefordert. Das Land hat darauf bei der letzten Novellierung des Rettungsdienstgesetzes in der Begründung zu § 3 (1) geregelt, dass eine Wartezeit von 60 Minuten einzuhalten sei.

Derzeit betragen die Wartezeiten im Krankentransport in zahlreichen Rettungsdienstbereichen zu den Spitzenzeiten bis zu mehreren Stunden. Insbesondere bei Nacht und am Wochenende stehen oft keine Krankentransportfahrzeuge zur Verfügung.

Deshalb werden besonders zu diesen Zeiten Fahrzeuge der Notfallrettung für Krankentransporte eingesetzt, um den Patienten unzumutbare Wartezeiten zu ersparen. Dies kann dazu führen, dass die Fahrzeuge dann nicht unmittelbar für Notfalleinsätze zur Verfügung stehen.

Die Ursache für die fehlenden Kapazitäten im Krankentransport liegt in den im Vergleich zu anderen Bundesländern unverhältnismäßig niedrigen Krankentransporttarifen. Über kostendeckende Zuschläge könnte auch nachts und an Wochenenden ein Krankentransportangebot vorgehalten werden.

Mit den auf Landesebene unter Moderation des Innenministeriums zwischen Leistungs- und Kostenträgern konsentierten Rahmenbedingungen wurde ein großer Schritt gemacht. Jetzt kommt es darauf an, dass in den Rettungsdienstbereichen zügig Lösungen für die Zuschläge in den sogenannten Randzeiten gefunden und vereinbart werden.

4 Einheit von Notfallrettung und Krankentransport

Die Einheit von Notfallrettung und Krankentransport ist für das Land und für die Bevölkerung von großem Vorteil.

Das Modell der einheitlichen Disposition von Notfallrettung und qualifiziertem Krankentransport ist nicht nur in Baden-Württemberg, sondern in vielen anderen Bundesländern sehr erfolgreich und hat sich bewährt.

Nur wenn diese Einheit erhalten bleibt, können die Leitstellen künftig, wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vorgeschlagen, die Rolle eines zentralen Ansprechpartners der Bevölkerung in allen medizinischen Notfällen und damit eine Steuerungsfunktion in der präklinischen Versorgung übernehmen. Nur dann können Patienten bereits in der Leitstelle beraten und dorthin vermittelt werden, wo sie auf Grund ihrer Beschwerden am besten versorgt werden können: an Arztpraxen, an den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder tatsächlich mit dem Rettungsdienst in eine Klinik.

Bei einer einheitlichen Disposition von Notfallrettung und qualifizierten Krankentransport können Krankentransportwagen zudem auch als First-Responder von der Leitstelle eingesetzt werden. Schließlich stehen im Falle von großen Schadensereignissen der Leitstelle dadurch auch rasch weitere Transportkapazitäten zur unmittelbaren Disposition zur Verfügung.

5 Personalgewinnung und Ausbildung im Rettungsdienst

- Erforderlich sind flexible Lösungen für die Gewinnung von Lehrkräften und ein angemessenes Schüler-Lehrer-Verhältnis, um möglichst viele Notfallsanitäter ausbilden zu können.
- Die Lehrpläne müssen den Praxiseinsatz der Auszubildenden ab dem Zeitpunkt der Äquivalenzbescheinigung (Rettungssanitäter) dienstplanmäßig ermöglichen.
- Es muss die Möglichkeit für ehrenamtliche Rettungsassistenten geben, die Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter ablegen zu können.
- Es muss die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Ausbildung zum Notfallsanitäter geben.
- Erforderlich ist eine Erhöhung der Anzahl der FSJ-/BFD-Plätze, da aus diesen Freiwilligendiensten der Nachwuchs für den Beruf des Notfallsanitäters und des Rettungssanitäters gewonnen wird.
- Im Sinne einer nachhaltigen Personalpolitik sind für die Beschäftigten im Rettungsdienst attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen. Dazu gehört eine weitere Reduzierung der Arbeitszeit in der Notfallrettung sowie ein früheres Renteneintrittsalter analog zur Feuerwehr.

Die Rahmenbedingungen für die Ausbildung von rettungsdienstlichem Personal müssen angesichts des allgemeinen Personalmangels im Gesundheitswesen so gut wie möglich auf eine optimale Personalentwicklung ausgerichtet sein.

Der bundesweit zu beobachtende Personalmangel im Rettungsdienst beruht in der Hauptsache auf den enormen Vorhalteeerweiterungen in den vergangenen Jahren sowie auf der Umstellung der Ausbildung vom Rettungsassistenten auf den Notfallsanitäter seit dem Jahr 2014.

Die ausbildenden Hilfsorganisationen benötigen daher dringend Rahmenbedingungen, die sicherstellen, dass in den nächsten Jahren so viele Notfallsanitäter wie möglich ausgebildet werden können. Zudem müssen ausreichende Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden, um das Berufsbild „Notfallsanitäter“ attraktiv zu machen und gleichzeitig möglichst viele Auszubildende zu gewinnen.

Die Option, ehrenamtliche Rettungsassistenten zu Notfallsanitätern weiterzuqualifizieren, eröffnet hochmotivierten Mitarbeitern den Weg für die Arbeit im Rettungsdienst und hilft, die angespannte Personalsituation zu entlasten. Wenn darüber hinaus für Rettungssanitäter die Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung zum Notfallsanitäter eröffnet wird, ist dies ein wichtiger Beitrag zur Personalgewinnung.

Bund und Land müssen beim Freiwilligen Sozialen Jahr und beim Bundesfreiwilligendienst für attraktive Rahmenbedingungen sorgen und möglichst viele Plätze schaffen. Aus diesen Freiwilligendiensten kann erfahrungsgemäß ein hoher Anteil des Nachwuchses für den Beruf des Notfallsanitäters und des Rettungssanitäters gewonnen werden.

Die ausgebildeten Mitarbeiter in der Notfallrettung sind gesuchte Fachkräfte – nicht nur für die Rettungsdienste, sondern beispielsweise auch für Krankenhäuser. Zudem muss es im Interesse eines Arbeitgebers im Rettungsdienst sein, dass erfahrene Mitarbeiter so lange wie möglich gesundheitlich in der Lage sind, die zum Teil schwere körperliche Arbeit im Rettungsdienst zu versehen.

Es gilt den Weg der letzten Tarifabschlüsse mit „ver.di“ weiterzuverfolgen, bei denen bereits unter anderem eine stufenweise Reduzierung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit erreicht worden ist: im Jahr 2017 von 48 auf 47 Stunden, für das Jahr 2018 auf 46 Stunden und für das Jahr 2019 auf 45 Stunden.

Ein früheres Renteneintrittsalter erhöht zum einen die Attraktivität des Berufs und motiviert zum anderen die Mitarbeiter, nicht nach einigen Jahren in eine weniger beschwerliche Beschäftigung zu wechseln.

6 Kompetenzen der Notfallsanitäter

Für die Notfallsanitäter sind landesweit einheitliche Kompetenzen festzulegen, die der anspruchsvollen Ausbildung der Notfallsanitäter Rechnung tragen.

Notfallsanitäter sind hervorragend ausgebildet. Sie besitzen fundierte Kenntnisse in Theorie und Praxis, wenn sie nach dem Ende ihrer dreijährigen Ausbildung in den Beruf starten. Dennoch dürfen sie Versorgungsmaßnahmen, die sie während ihrer Ausbildung erlernt haben, bislang nicht regelhaft am Patienten anwenden.

Die Kompetenzen des nichtärztlichen Personals am Notfallort sind nicht eindeutig geregelt. Daraus resultiert eine unbefriedigende und ungenügende Rechtssituation, die in der täglichen Arbeit eine optimale Patientenversorgung behindert. Beispielsweise ist für die Gabe von Medikamenten und Schmerzmitteln derzeit grundsätzlich ein Arzt notwendig. Diese Vorgabe führt häufig dazu, dass Notfallpatienten, trotz der Anwesenheit von Rettungswagen und Notfallsanitäter bis zum Eintreffen des Notarztes auf die Gabe von Schmerzmitteln warten müssen. Eine Ausnahme hiervon ist lediglich im Rahmen der Notkompetenz möglich.

Das DRK hat in seinen Kreisverbänden ärztliche Verantwortliche installiert. Diese haben die Aufgabe, die Ausbildung der Notfallsanitäter fachlich zu begleiten und dafür zu sorgen, dass die medizinische Leistung unseres Personals am Patienten hohe Qualitätsmaßstäbe erfüllt.

In enger Zusammenarbeit mit den neu geschaffenen Ärztlichen Leitern Rettungsdienst bei den jeweiligen Regierungspräsidien müssen landesweit einheitliche Handlungsempfehlungen für die Versorgung von Notfallpatienten durch Notfallsanitäter erarbeitet werden, sodass nicht von Landkreis zu Landkreis unterschiedliche Regelungen vorhanden sind.

Eine eindeutige, rechtlich verbindliche Zuweisung von Kompetenzen an den Notfallsanitäter würde zudem dazu führen, dass das knappe Gut Notarzt noch zielgerichteter eingesetzt werden kann und Notarzteinsätze eingespart werden können.

Im Zuge einer klaren Regelung der Kompetenzen ist es geboten, den Einsatzindikationskatalog für Notärzte zu überarbeiten.

7 Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz

Ehrenamt im Rettungsdienst schafft Sicherheit im Bevölkerungsschutz. Daher müssen die Rahmenbedingungen für die Mitwirkung des Ehrenamtes im Rettungsdienst erhalten werden, um so den Bevölkerungsschutz zu stärken.

Eine enge Verzahnung zwischen den einzelnen Gliedern der Rettungskette gewährleistet eine optimale und zugleich wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung. Die Vernetzung zwischen Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz bietet die Chance, qualifiziertes einsatzbereites Personal auch bei größeren Schadenslagen verfügbar zu haben. Die Erfahrungen aus Großschadenslagen, wie der Amoklauf in Winnenden oder Zug- und Busunfälle mit zahlreichen Verletzten, haben immer wieder gezeigt, wie wichtig diese Vernetzung ist.

Das Rote Kreuz leistet seit Jahrzehnten mit seinem Engagement in der Erste Hilfe-Ausbildung, dem „Helfer vor Ort-System“, seinen Schnelleinsatzgruppen, dem Rettungsdienst, dem Notfallnachsorgedienst und dem Betreuungsdienst einen zentralen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Rettungskette und Sicherstellung des Bevölkerungsschutzes.

Von den 120 für den Bevölkerungsschutz in Baden-Württemberg vorgehaltenen Einsatzeinheiten des Landes stellt allein das DRK rund einhundert Einsatzeinheiten. Mehr als 6.000 ehrenamtliche Sanitäter stehen dafür zur Verfügung. Weitere 5.000 Ehrenamtliche stehen für Schnelleinsatzgruppen, Notfallnachsorgedienst, Betreuungsdienst und Katastrophenhilfe zur Verfügung.

Dieser Transfer von Fachwissen und rettungsdienstlichem Know-how ist eine nicht hoch genug einzuschätzende Qualitätsverbesserung im Bevölkerungsschutz. Zudem ist auch der Motivationseffekt auf die ehrenamtlich Aktiven, der aus dem Einsatz im Rettungsdienst entsteht, in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzen.

8 Krankenhausplanung

Erforderlich ist eine stärkere Einbindung des Rettungsdienstes in die Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg sowie eine angemessene Berücksichtigung in den kommunalen Gesundheitskonferenzen.

Veränderungen in der Krankenhauslandschaft haben direkte Auswirkungen auf die Verfügbarkeit der Ressourcen des Rettungsdienstes. Bei Krankenhausschließungen werden Fahrzeiten länger, Fahrstrecken ändern sich ebenso wie die Standorte von Notärzten. Diese Auswirkungen für den Rettungsdienst müssen in der Planung berücksichtigt werden.

Spezialisierungen von Krankenhäusern generieren längere Bindungszeiten der Fahrzeuge einerseits und eine höhere Anzahl von Verlegungstransporten andererseits. Entsprechende Planungen und Veränderungen müssen mit dem Rettungsdienst auf Bereichs- und Landesebene abgestimmt werden. Auch unter dieser Perspektive erleichtert ein cloudbasierter Bettennachweis die Patientenzuordnung.

Der Rettungsdienst ist ein wichtiges Bindeglied zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor in der gesundheitlichen Versorgung der Patienten. Bei der sektorenübergreifenden Planung finden die Belange des Rettungsdienstes bislang keine ausreichende Berücksichtigung statt. Die vom Land installierten kommunalen Gesundheitskonferenzen bieten eine geeignete Plattform, um die Interessen aller Beteiligten darzustellen und entsprechend zu berücksichtigen.

9 Fehlermeldesystem

Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) zur anonymisierten Meldung von kritischen Vorkommnissen oder „Beinahe Schäden“ ist einzurichten.

Im Gesundheitswesen hat sich CIRS als Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit bewährt. Die Schaffung eines derartigen Fehlermeldesystems ist im 5. Sozialgesetzbuch festgeschrieben.

CIRS ist ein einfach zugängliches und handhabbares Fehlermeldesystem, in dem Mitarbeiter kritische Zwischenfälle anonym und sanktionsfrei melden können. Das Ziel ist, dass nicht nur Einzelpersonen, sondern ganze Gruppen oder Systeme aus Fehlern lernen und diese zukünftig vermeiden können. Dazu werden umfassende, systematische Analysen von gemeldeten Ereignissen vorgenommen. Auch im Rettungsdienst könnte über ein derartiges Fehlermeldesystem die Qualität der Notfallversorgung und die Patientensicherheit noch weiter verbessert werden.

10 Transparenz

Die Ergebnisse und Beschlüsse der Sitzungen der Bereichsausschüsse, die Bereichspläne und die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der SQR-BW auf der Ebene der Rettungsdienstbereiche sollten der Öffentlichkeit zugänglich sein.

Transparenz schafft Klarheit und Vertrauen. Ergebnisse und Beschlüsse der Sitzungen der Bereichsausschüsse können daher der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Eine Veröffentlichung der Bereichspläne trägt dazu bei, das System des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg transparenter zu gestalten.

Die Qualität des Rettungsdienstes wird durch die Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) anhand vieler Qualitätsindikatoren gemessen.

Wir sind überzeugt, dass der Rettungsdienst in Baden-Württemberg eine sehr gute Qualität bietet. Durch die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren auf Rettungsdienstbereichsebene kann dies transparent dargestellt werden. Dies stellt gleichermaßen auch eine Motivation für alle Beteiligten dar, die Qualität dort, wo es erforderlich ist, weiter zu verbessern.

11 Finanzierung

- Es sind klare Rahmenbedingungen für eine gesicherte Finanzierung der notwendigen Infrastruktur des Rettungsdienstes zu schaffen.
- Die Personalausstattung ist angemessen zu finanzieren insbesondere auch hinsichtlich der Sicherstellung eines Ausfallmanagements und der Vollfinanzierung der Ausbildung von Rettungssanitätern.
- Für die Finanzierung der Integrierten Leitstellen sind klare, einheitliche Finanzierungsvorgaben zu schaffen.

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg sicherstellen zu können, muss der Rettungsdienst entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Forschung und der technischen Entwicklung angemessen finanziert werden.

Die derzeitige Förderung des Landes deckt nicht die realen Kosten für den Bau von Rettungswachen ab. Nach den aktuell geltenden Förderrichtlinien werden 90 % der förderfähigen Kosten übernommen. Die Baukosten einer modernen und leistungsfähigen Rettungswache liegen jedoch deutlich höher. Damit werden im Durchschnitt lediglich rund 50 % der tatsächlichen Baukosten vom Land gefördert. Die Förderrichtlinien sind den tatsächlichen Anforderungen an die bauliche und technische Ausstattung von Rettungswachen schnellstmöglich anzupassen.

Durch die knappe Finanzausstattung im Rettungsdienst wird bisher bei der Notfallrettung kein ausreichendes Ausfallmanagement finanziert. Um Schichtausfälle auffangen zu können, benötigen die Hilfsorganisationen ein von den Kostenträgern auskömmlich finanziertes Ausfallmanagement.

Bisher finanziert das Land über einen Staatszuschuss einen Teil der Ausbildungskosten für Rettungssanitäter. Der restliche Teil wird von den Hilfsorganisationen getragen. Durch eine Vollfinanzierung der Ausbildungskosten würden Mittel frei, mit denen insgesamt attraktivere Rahmenbedingungen für die Mitarbeitenden im Rettungsdienst geschaffen werden könnten.

Zur Finanzierung der Leitstellen gibt es bisher lediglich eine gemeinsame Empfehlung von Sozialministerium und Innenministerium, dass die Kosten der Leitstellen in der Regel jeweils zur Hälfte von der Feuerwehr und dem Rettungsdienst getragen werden. Diese Empfehlung hat in der Vergangenheit in Einzelfällen schon zu Auseinandersetzungen in Schiedsstellen geführt. Hier ist eine verbindliche Regelung durch das Land wünschenswert.

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Baden-Württemberg e. V.
Badstraße 39-41, 70372 Stuttgart
Präsident Dr. Lorenz Menz

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Badisches Rotes Kreuz e. V.
Schlettstadter Straße 31, 79110 Freiburg
Präsident Jochen Glaeser