

Innenministerium

Baden-Württemberg

18.02.2014 - Az.: 4-5461.2-5

Rettungsdienstplan 2014 Baden-Württemberg

Inhaltsverzeichnis

- I. Einleitung**
- II. Gesetzliche Grundlage**
- III. Aufgaben des Rettungsdienstes**
 - 1. Bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung
 - 2. Hilfsfrist
 - 3. Sicherstellung der Rettungskette
 - 3.1 Wesen und Funktion der Rettungskette
 - 3.2 Ausbildung der Bevölkerung
 - 4. Aufgabenzuweisung im Einzelnen
 - 4.1 Bodengebundener Rettungsdienst
 - 4.2 Luftrettung
 - 4.2.1 Grundsätzliche Funktion
 - 4.2.2 Rettungshubschrauber (RTH)
 - 4.2.3 Intensivtransporthubschrauber (ITH)
 - 4.2.4 SAR-Hubschrauber
 - 4.2.5 Großraumrettungshubschrauber der Bundeswehr (GRH)
 - 4.3 Intensivtransporte
 - 4.4 Berg-Rettungsdienst
 - 4.5 Wasser-Rettungsdienst
 - 4.6 Fortbildungspflicht
 - 5. Aufgaben beim Großschadensfall mit einem Massenanfall von Verletzten und Erkrankten
 - 5.1 Großschadensfall
 - 5.2 Organisatorische Maßnahmen
 - 5.3 Leitende Notärzte
 - 5.3.1 Funktion und Qualifikation
 - 5.3.2 Aufgaben im Einzelnen
 - 5.3.3 Einsatzindikation und Alarmierung
 - 5.3.4 Bestellung
 - 5.3.5 Organisation der Einsatzbereitschaft der Leitenden Notärzte
 - 5.3.6 Haftung
 - 5.3.7 Unfallversicherung
 - 5.3.8 Mitwirkung im Bereichsausschuss
 - 5.4 Organisatorische Leiter Rettungsdienst
 - 5.4.1 Funktion und Qualifikation
 - 5.4.2 Aufgaben im Einzelnen
 - 5.4.3 Qualifikation des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst
 - 5.4.4 Einsatzindikation und Alarmierung
 - 5.4.5 Bestellung
 - 5.5 Kosten des Leitenden Notarztes und des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst
 - 5.6 Planerische Vorkehrungen
 - 6. Zusammenarbeit mit Krankenhäusern

7. Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Organisationen

8. Qualitätssicherung im Rettungsdienst

IV. Organisationsstruktur des Rettungsdienstes

1. Funktionelle Organisationsstruktur

2. Räumliche Organisationsstruktur

2.1 Bodengebundener Rettungsdienst

2.1.1 Rettungsdienstbereiche

2.1.2 Bereichsausschüsse

2.1.3 Bereichsplan

2.2 Luftrettung

2.3 Berg-Rettungsdienst und Wasser-Rettungsdienst

3. Bereichs- und grenzüberschreitender Rettungsdienst

V. Einrichtungen und Ausstattung des Rettungsdienstes

1. Allgemeines

2. Bedarfsgerechtes Meldesystem

2.1 Allgemeines

2.2 Notruf 112, Rufnummer 19222 und Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117

3. Integrierte Leitstellen

3.1 Aufgaben

3.1.1 Dispositionsgrundsätze

3.1.1.1 Notfallrettung

3.1.1.2 Krankentransport

3.2 Organisation

3.3 Anzahl und Standorte Integrierter Leitstellen

3.4 Personelle und sächliche Ausstattung

3.5 Finanzierung der Integrierten Leitstelle durch Entgelte

3.6 Festlegung der Höhe des Leitstellenentgelts

3.7 Übernahme weiterer Aufgaben

4. Leitstellen mit besonderen Aufgaben

4.1 Oberleitstelle Baden-Württemberg

4.2 Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte (ZKS)
Baden-Württemberg

5. Rettungswachen

5.1 Funktion

5.2 Anzahl und Standorte

5.3 Sächliche Ausstattung

5.4 Mehrzweckfahrzeugstrategie

6. Einrichtungen der Luftrettung

6.1 Luftrettungszentren

6.2 Rettungshubschrauberstandorte

6.3 Standorte der Intensivtransporthubschrauber

VI. Ausstattung der Rettungsfahrzeuge

1. Bodengebundener Rettungsdienst

1.1 Personelle Ausstattung

1.2 Sächliche Ausstattung

2. Luftrettung

2.1 Personelle Ausstattung

2.2 Sächliche Ausstattung

- VII. Besonderheiten in der Luftrettung, im Berg-Rettungsdienst und im Wasser-Rettungsdienst**
 - 1. Luftrettung
 - 2. Berg-Rettungsdienst
 - 3. Wasser-Rettungsdienst
 - 4. Hilfsfrist
 - 5. Mitwirkung der Bereichsausschüsse
- VIII. Mitwirkung von Ärzten im Rettungsdienst**
 - 1. Notärzte
 - 1.1 Funktion und Qualifikation
 - 1.2 Hilfsfrist
 - 1.3 Organisation und Kosten des Notarztdienstes
 - 2. Leitende Notärzte
- IX. Genehmigungsverfahren bei Notfallrettung und Krankentransport**
 - 1. Allgemeines
 - 2. Genehmigungsvoraussetzungen
 - 2.1 Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 RDG)
 - 2.2 Zuverlässigkeit des Antragstellers (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 RDG)
 - 2.3 Fachliche Eignung (§ 16 Abs. 1 Nr. 3 RDG)
 - 3. Umfang der Genehmigung
 - 4. Zuständigkeiten
- X. Kosten und Finanzierung des Rettungsdienstes**
 - 1. Allgemeines
 - 2. Öffentliche Förderung von Einrichtungen des Rettungsdienstes
 - 2.1 Förderrichtlinien-Rettungsdienst
 - 2.2 Förderungsvoraussetzung
 - 2.3 Aufnahme in ein Jahresförderprogramm
 - 3. Benutzungsentgelte
 - 4. Kosten der Ärzte

Anlage

Einteilung des Landes in Rettungsdienstbereiche

I. Einleitung

Zweck der Rettungsdienstplanung auf Landesebene ist es, die Grundzüge einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes festzulegen und damit insbesondere den im Rettungsdienst gemäß Rettungsdienstgesetz tätigen Leistungsträgern und Kostenträgern (Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen) sowie der privaten Krankenversicherung einen Handlungsrahmen zu geben.

Die Novellierung des Rettungsdienstgesetzes (RDG) vom 10. November 2009 (GBl. S. 643; Bekanntmachung der Neufassung GBl. 2010, S. 285) erfordert eine Fortschreibung des Landes-Rettungsdienstplans 2000. Insbesondere wurden folgende zentrale Regelungspunkte bei der Anpassung des Landes-Rettungsdienstplans 2014 berücksichtigt:

Mit der Neuregelung des Rettungsdienstgesetzes werden die örtlichen Bereichsausschüsse in ihrer Planungs- und Sicherstellungsverantwortung für die Vorhaltung der bedarfsgerechten Rettungsdienststrukturen im jeweiligen Rettungsdienstbereich des Landes gestärkt. Die Krankenhäuser sind schon seither verpflichtet, die erforderlichen Notärzte für den Rettungsdienst zu stellen. Bisher aber fehlte, wie im Urteil des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 8. Dezember 2008 (Az.: 6 S 2300/08) deutlich wurde, die Ermächtigungsgrundlage für eine konkrete Durchsetzung dieser gesetzlichen Aufgabe. Der Landesgesetzgeber hat diese Regelungslücke für den Fall geschlossen, dass die Krankenhausträger ihrer gesetzlichen Verpflichtung nicht freiwillig nachkommen, die nach Bedarf erforderlichen Ärzte für den Notarzteinsatz gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen (§ 10 Abs. 1 in Verbindung mit § 5 Abs. 4 bis 6 RDG). Diese klare gesetzliche Ermächtigungsgrundlage gibt dem Bereichsausschuss das notwendige Instrument an die Hand, die Festlegungen im Bereichsplan, welches Krankenhaus in welcher Zeit und an welchem Standort den Notarzteinsatz zu stellen hat, künftig notfalls auch durch Verwaltungsakt durchzusetzen (§ 10 Abs. 1 RDG, § 5 Abs. 4, 5 und 6 RDG).

Im Hinblick auf das zentrale Ziel der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes, die notärztliche Versorgung auch in der Fläche sicherzustellen, soll die Ressource der Krankenhausstruktur in Baden-Württemberg, insbesondere aufgrund deren Breite in der Flä-

che, künftig stärker als bisher für die notärztliche Versorgung genutzt werden. Daher hat der Landesgesetzgeber mit der Neuregelung des § 10 Abs. 1 RDG den Kreis der in die notärztliche Notfallrettung einzubeziehenden Krankenhäuser für den Bereichsausschuss deutlich erweitert (Wegfall des Kriteriums der Leistungsfähigkeit) und im Gegenzug mit einem vollständigen Kostenausgleich, der insbesondere auch die Vorhaltekosten umfasst, die finanziellen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser erheblich verbessert. Wie bisher wirken die niedergelassenen Ärzte ergänzend im Rettungsdienst mit und die Leistungsträger, die Krankenhausträger, die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung haben im Benehmen mit dem Bereichsausschuss Vereinbarungen über die Organisation des Notarztsystems im Rettungsdienstbereich zu treffen (§ 10 Abs. 1 und 3 RDG).

Die Klarstellungen in § 5 Abs. 3 RDG sollen die Funktion und Verantwortlichkeit des Bereichsausschusses als das maßgebliche gesetzliche Gremium für alle Angelegenheiten des Rettungsdienstes verdeutlichen und im Rahmen der Selbstverwaltung stärken. Die Klarstellung und Ergänzung der Vorschrift war erforderlich geworden, nachdem der bisher allein verwendete Begriff der Beratung der Angelegenheiten des Rettungsdienstes von der Rechtsprechung eine restriktive Auslegung erfahren hatte, die im Ergebnis nicht die Wahrnehmung aller hierzu gehörenden Aufgaben in der Selbstverwaltung umfasste. Nunmehr werden alle Aufgaben (mit Ausnahme der Luftrettung), deren Umsetzung örtlichen Sachverstand voraussetzen, beim Bereichsausschuss gebündelt.

Die Neufassung des § 10 Abs. 3 RDG dient der Präzisierung der Aufgabenverteilung zwischen den an der Aufrechterhaltung der notärztlichen Versorgung beteiligten Stellen. Nach § 10 Abs. 3 RDG sind die Leistungsträger, die Krankenhausträger, die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung für die organisatorische Abwicklung des Notarztdienstes zuständig. Diese Verantwortlichkeit ist von der planerischen Sicherstellungsverantwortung des Bereichsausschusses nach § 5 Abs. 3 Satz 1 RDG und der Gewinnung von Ärzten für die notärztliche Versorgung nach § 10 Abs. 1 Satz 3 RDG zu unterscheiden. Obgleich die Leistungsträger nicht für die Gestellung der Notärzte verantwortlich sind, haben sie bereits in der Vergangenheit erheblich bei der organisatorischen Abwicklung des Notarztdienstes (beispielsweise Dienstplangestaltung, Fakturierung von Vergütungsansprüchen, Abschluss von Versicherungen betreffend den Einsatz des Notarztes) mitgewirkt. Die grundsätzliche Mitwirkungspflicht gilt auch für die niedergelassenen Ärzte (§ 10 Abs. 1 RDG).

Ein weiterer Regelungsschwerpunkt ist - parallel zur Regelung im Feuerwehrgesetz - die Zusammenführung der Disposition von Einsätzen der Feuerwehr und des Rettungsdienstes in Integrierten Leitstellen. Mit dem Wegfall der Ausnahmeregelung ist die Integrierte Leitstelle in gemeinsamer Trägerschaft von Rettungsdienst und Feuerwehr verpflichtend. Ziel ist dabei die Disposition aus einer Hand. Zugleich wird in Umsetzung der aktuellen Verordnung des Bundes über Notrufverbindungen vom 6. März 2009 (BGBl. I S. 481) der Notruf 112 als alleinige Rufnummer für Feuerwehr und Rettungsdienst in Baden-Württemberg eingeführt.

Hinsichtlich der Aufgaben der Integrierten Leitstellen wurde zudem deutlich herausgestellt, dass hierzu als freiwillige Leistung auch die Alarmierung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes gehört. Klargestellt wurde auch, dass die Übernahme weiterer freiwilliger Aufgaben nur zulässig ist, wenn ein enger Sachzusammenhang zu den originären Aufgaben der Integrierten Leitstelle besteht. Weitere Voraussetzung ist, dass die zusätzlich erforderlichen Personalkapazitäten sowie eine vollständige Kostenerstattung gewährleistet sind.

Des Weiteren wurde der „Organisatorische Leiter Rettungsdienst“ in das RDG und damit in den Rettungsdienstplan aufgenommen.

Zur Sicherstellung der erforderlichen Versorgung und Betreuung wurde eine qualifizierte, am aktuellen Stand der Notfallmedizin und Technik ausgerichtete Fortbildungspflicht für das im Rettungsdienst und in den Leitstellen eingesetzte nichtärztliche Personal im Umfang von jährlich 30 Stunden normiert.

Flankierend hierzu ist die Selbstverwaltung gefordert, ein umfassendes Qualitätssicherungssystem in der Selbstverwaltung zu verankern. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst hat zuletzt in seiner 63. Sitzung am 3. Dezember 2010 den Leistungs- und Kostenträgern den Auftrag erteilt, eine landesweit tätige, unabhängige Stelle für eine trägerübergreifende Qualitätssicherung in der Selbstverwaltung einzurichten. Dieser Auftrag wurde umgesetzt. Für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde die Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst (SQR-BW) beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK BW) eingerichtet (vergleiche Beschluss des LARD vom 22. Juli 2011).

II. Gesetzliche Grundlage

Die gesetzliche Grundlage für die Erstellung und Fortschreibung des Landesrettungsdienstplans ist das Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG) des Landes Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung. Gemäß § 3 Abs. 1 und 2 RDG stellt das Innenministerium in enger Zusammenarbeit mit dem Landesausschuss für den Rettungsdienst einen Rettungsdienstplan als Rahmenplan auf und passt ihn der Entwicklung an.

III. Aufgaben des Rettungsdienstes

Mit dem Begriff „Rettungsdienst“ wird sowohl die Aufgabe als auch die Einrichtung Rettungsdienst beschrieben. Der Rettungsdienst ist eines der wesentlichen Elemente der präklinisch-medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Der Rettungsdienst ist essentieller Bestandteil im Verbundsystem des Bevölkerungsschutzes.

1. Bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung

Es ist eine bedarfsgerechte Versorgung aller Landesteile mit den Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung, Krankentransport) aufrechtzuerhalten:

Der Rettungsdienst hat dabei die Aufgabe, bei Notfallpatienten (zum Begriff vergleiche § 1 Abs. 2 Satz 2 RDG) Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden einzuleiten, sie transportfähig zu machen und unter fachgerechter Versorgung in eine für die weitere Versorgung geeignete nächstgelegene Einrichtung zu befördern (vergleiche § 1 Abs. 2 Satz 1 RDG). Daneben hat der Rettungsdienst die Aufgabe, anderen Kranken, Verletzten oder sonst Hilfebedürftigen notfalls Erste Hilfe zu leisten und sie unter fachgerechter Betreuung mittels Krankentransportwagen zu befördern (§ 1 Abs. 3 Satz 1 RDG).

Notfallrettung und damit Bestandteil des Rettungsdienstes ist auch der Intensivtransport zur Beförderung eines intensivüberwachungs- und behandlungspflichtigen Patienten, bei dem Notarzt und Rettungsassistent einer besonderen intensivmedizinischen Qualifi-

kation bedürfen und ein geeignetes Rettungsmittel erforderlich ist (hierzu zählen nicht innerklinische Transporte und Auslandsrückholungen).

Die Beförderung von kranken Personen, die in der Regel nach ärztlicher Beurteilung während der Beförderung keiner medizinisch-fachlichen Betreuung bedürfen (Krankenfahrt im Sinne von § 1 Abs. 3 Satz 2 RDG), gehört nicht zu den gesetzlichen Aufgaben des Rettungsdienstes, sondern zur gewerblichen Personenbeförderung.

Außerdem führen die Rettungsdienstorganisationen dringende Transporte von Medikamenten, Blut, Organen, medizinischen Geräten u.ä. durch.

2. Hilfsfrist

Die Hilfsfrist ist eine Planungsgröße, auf deren Grundlage die rettungsdienstlichen Strukturen in den Rettungsdienstbereichen festzulegen sind. Die Zeit vom Eingang der Notfallmeldung in der Integrierten Leitstelle bis zum Eintreffen der Hilfe am Notfallort an Straßen (Hilfsfrist) soll aus notfallmedizinischen Gründen möglichst nicht mehr als 10, höchstens 15 Minuten betragen (§ 3 Abs. 2 RDG, siehe auch Kapitel VIII, Abschnitt 1.2). Die Planungsgrundlage ist erfüllt, wenn sie in 95 Prozent aller Einsätze im Vorjahreszeitraum (Kalenderjahr) im gesamten Rettungsdienstbereich eingehalten wird.

Aufgrund ihrer speziellen Gegebenheiten sind die Luftrettung sowie der Berg- und der Wasser-Rettungsdienst nicht hilfsfristgebunden. Die Luftrettung trägt unterstützend durch eine sachgerechte, überregionale Einsatzdisposition zur Einhaltung der Hilfsfrist in den Rettungsdienstbereichen bei (keine planerische Berücksichtigung).

3. Sicherstellung der Rettungskette

3.1 Wesen und Funktion der Rettungskette

Ein funktionierender Rettungsdienst erfordert eine lückenlose Versorgung des Notfallpatienten durch qualifiziertes ärztliches und nichtärztliches Personal bis zur Aufnahme in einer für die weitere Versorgung geeigneten Einrichtung.

Glieder dieser Rettungskette sind die lebensrettenden Sofortmaßnahmen, die Notfallmeldung und Disposition des geeigneten Rettungsmittels, die Betreuung und Versorgung am Notfallort, der Transport des Notfallpatienten und seine Aufnahme in einer entsprechend der Erkrankung und/oder Verletzung für die weitere Versorgung geeigneten nächstgelegenen Einrichtung. Entscheidend kommt es auf eine Wiederherstellung und/oder Stabilisierung der Vitalfunktionen am Ort des Notfallgeschehens und deren Erhalt während des Transports in einem geeigneten Rettungsmittel sowie auf einen schnellstmöglichen Transport in die für die weitere Versorgung geeignete nächstgelegene klinische Einrichtung an. Gerade für Schwerverletzte und Schwerkranke ist die Wahl der Zielklinik von elementarer Bedeutung (siehe auch Kapitel III, Abschnitt 6). Den Leistungen des Rettungsdienstes schließt sich die Weiterversorgung in der Einrichtung an. Maßgeblich sind hier eine schnellstmögliche Aufnahme und Weiterversorgung der Notfallpatienten.

3.2 Ausbildung der Bevölkerung

Die Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung in „Erster Hilfe“ und in „Lebensrettenden Sofortmaßnahmen“ ist ein geeignetes Mittel, die Qualifikation von Laienhelfern am Notfallort zu verbessern. Diese Breitenausbildung muss verstärkt werden. Darüber hinaus ist es notwendig, die Bevölkerung ausreichend über das Erkennen von Notfällen und die Abgabe von Notfallmeldungen über die Notrufnummer 112, soweit vorhanden über die Rufnummer 19222 für den Krankentransport sowie über die Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 zu unterrichten.

4. Aufgabenzuweisung im Einzelnen

4.1 Bodengebundener Rettungsdienst

Der Schwerpunkt der Tätigkeit des Rettungsdienstes liegt beim bodengebundenen Rettungsdienst mit seinen Rettungsfahrzeugen: Rettungswagen (RTW), Notarztwagen (NAW), Notarzteinsetzfahrzeug (NEF), Intensivtransportwagen (ITW) sowie Krankentransportwagen (KTW). Nicht hierunter fällt der Rettungsdienst im unwegsamen Gelände (siehe Abschnitt 4.4).

Der Rettungswagen (RTW) dient der Versorgung von Patienten, die vital gefährdet sind beziehungsweise bei denen die Ausstattung eines RTW erforderlich ist oder bei denen die Erforderlichkeit zu erwarten ist (Stabilisieren und Aufrechterhalten der Vitalfunktionen vor und während des Transports).

Zum Transport von adipösen Patienten werden in Baden-Württemberg Spezialfahrzeuge eingesetzt. Auf das vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossene Konzept für den Transport adipöser Patienten in der jeweils geltenden Fassung wird verwiesen.

Beim Notarztwagen (NAW) handelt es sich um ein Kompaktsystem, bei welchem ein Rettungswagen mit einem Notarzt besetzt ist und nicht ein Notarzteeinsatzfahrzeug im Rendezvous-System zum Einsatz kommt.

Das Notarzteeinsatzfahrzeug (NEF) dient dem schnellen Heranführen des Notarztes an den Notfallort, wobei die medizinisch-technische Ausrüstung die Primärversorgung von Notfallpatienten ermöglicht. Das NEF wird im Rahmen des Rendezvous-Systems eingesetzt, das heißt der Notarzt wird mit dem NEF zum Notfallort gefahren und trifft dort mit dem RTW zusammen.

Der Intensivtransportwagen (ITW) dient der Beförderung eines intensivüberwachungs- und behandlungspflichtigen Patienten, bei dem Notarzt und Rettungsassistent mit besonderer intensivmedizinischer Qualifikation erforderlich sind. Auf die vom Landesausschuss für den Rettungsdienst gemäß § 4 Abs. 2 RDG beschlossenen Grundsätze zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung wird verwiesen.

Der Krankentransportwagen (KTW) dient dem Transport von anderen Kranken, Verletzten oder sonstigen medizinisch Hilfebedürftigen, die keine Notfallpatienten sind, und einer fachlichen Betreuung oder einer besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen die Erforderlichkeit aufgrund des Gesundheitszustandes zu erwarten ist.

Der Bedarf an NAW, RTW, NEF nach Art, Zahl und Standort wird durch den Bereichsausschuss für den Rettungsdienst im Bereichsplan festgelegt. Die Hilfsfrist ist zentrale Planungsgröße und Leistungsvorgabe für die Bedarfsplanung in der Notfallrettung.

Der Bedarf an Intensivtransportfahrzeugen (ITW) wird landesweit durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst festgelegt.

4.2 Luftrettung

4.2.1 Grundsätzliche Funktion

Rettungshubschrauber (RTH) der regionalen Luftrettung sind notarztbesetzt und haben eine den bodengebundenen Rettungsdienst unterstützende bereichsübergreifende Funktion. Die Einsatzindikation für die Luftrettung ist gegeben, wenn der RTH den Notfallort als erstes notarztbesetztes Rettungsmittel erreicht, ein Lufttransport medizinisch erforderlich ist oder der Lufttransport zur Einhaltung des empfohlenen Zeitintervalls bis zur Aufnahme des Patienten in die für ihn geeignete Klinik erforderlich ist. Die Luftrettung unterstützt den Berg- und den Wasser-Rettungsdienst im Bedarfsfall. Eine zusätzliche Einsatzindikation bei besonderem Bedarf (beispielsweise Großschadenfall) bleibt unberührt.

Nicht zu den Aufgaben der regionalen Luftrettung gehören Such- und Bergungstätigkeiten bei Personen, die weder Notfallpatienten noch andere Kranke, Verletzte oder sonst Hilfebedürftige im Sinne von § 1 RDG sind.

Auf den Notarztindikationskatalog und die Dispositionsgrundsätze in der jeweils geltenden Fassung wird hingewiesen.

4.2.2 Rettungshubschrauber (RTH)

Zu den Rettungsmitteln zählen die Rettungshubschrauber (RTH) der regionalen Luftrettung.

Aufgaben des RTH sind die schnelle Zuführung von Notarzt, Rettungsassistent und medizinischer Ausrüstung an die Notfallstelle sowie der schnelle und schonende Transport des Notfallpatienten in das aufgrund seiner Erkrankung oder Verletzung geeignete nächstgelegene Krankenhaus (Primärtransport). Die Integrierte Leitstelle hat aufgrund des Rückmeldebildes eine Vorauswahl des aufnehmenden Krankenhauses zu treffen,

die endgültige Entscheidung trifft der RTH-Notarzt unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Verletzung oder Erkrankung sowie der Entfernung zur aufnehmenden Klinik.

Rettungshubschrauber können zur Verlegung von Notfallpatienten, die während des Fluges intensivmedizinisch betreut werden müssen, eingesetzt werden, sofern eine medizinische Indikation gegeben ist und sie bei zeitlicher Dringlichkeit das nächstverfügbare Rettungsmittel darstellen. Bei zeitlich nicht dringlichen Transporten ist die Verfügbarkeit eines Intensivtransporthubschraubers (ITH) zu prüfen; die Grundsätze zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten. Sowohl Primär- als auch Sekundärtransporte mit RTH sind gleichwertige Bestandteile der Notfallrettung.

4.2.3 Intensivtransporthubschrauber (ITH)

Intensivtransporthubschrauber (ITH) dienen als Bestandteil der Notfallrettung hauptsächlich der Verlegung von Patienten, die aus medizinischen Gründen durch Hubschrauber verlegt und während des Fluges intensivmedizinisch betreut werden müssen (siehe auch Abschnitt 4.3). Neben dieser Hauptaufgabe können ITH zu Primäreinsätzen herangezogen werden, sofern ein RTH nicht verfügbar ist oder sie das geeignete notarztbesetzte Rettungsmittel darstellen, das den Notfallort am schnellsten erreicht; 4.2.1 und 4.2.2 gelten entsprechend.

Die vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossenen Grundsätze zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.

4.2.4 SAR-Hubschrauber

Die Bundesrepublik als ein am internationalen Luftverkehr beteiligtes Land muss auf ihrem Territorium den SAR (Search And Rescue) - Dienst sicherstellen. Diese Aufgaben wurden an die Bundeswehr delegiert. Aufgabe des SAR-Dienstes ist es hierbei in erster Linie, technische Hilfe im Rahmen von Luftfahrtunfällen zu leisten. Dies beinhaltet insbesondere die Suche nach vermissten Luftfahrzeugen beziehungsweise bei deren Auf-

finden die nötige technische Rettung von Personen mittels Seilwinde in einem schwer zugänglichen Gelände. In dieser Funktion sind die so genannten SAR-Hubschrauber nicht Teil des Rettungsdienstes. Jedoch können sie auch im Rettungsdienst im Rahmen einer Ergänzungsfunktion in der Primärrettung eingesetzt werden, etwa dann, wenn der eigentlich einzusetzende Rettungshubschrauber nicht verfügbar ist oder zur Unterstützung des Berg - und des Wasser-Rettungsdienstes.

4.2.5 Großraumrettungshubschrauber der Bundeswehr (GRH)

Bei Großschadenfällen mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten können Luftfahrzeuge der Bundeswehr, unter anderem auch Großraumrettungshubschrauber über die SAR-Leitstelle der Bundeswehr in Münster angefordert werden.

4.3 Intensivtransporte

Intensivtransporte sind Sekundäreinsätze zur Beförderung eines intensivüberwachungs- und behandlungspflichtigen Patienten, bei dem Notarzt und Rettungsassistent mit besonderer intensivmedizinischer Qualifikation sowie ein geeignetes Rettungsmittel (Intensivtransportmittel) erforderlich sind. Intensivtransporte stellen somit im Bereich der arztbegleiteten Sekundärtransporte eine spezielle Untergruppe dar, die zur Transportdurchführung aus medizinischen Gründen eine erweiterte medizinische Ausstattung sowie eine entsprechende Personalqualifikation erfordern. Intensivtransporte gehören aufgrund des Patientenzustandes zur Notfallrettung und sind damit Aufgabe des Rettungsdienstes. Sekundärtransporte sind, da der Notfallpatient bereits medizinisch versorgt und betreut wird, nicht hilfsfristgebunden.

Die Intensivtransporte (ITW, ITH) werden landesweit über die Zentrale Koordinierungsstelle (ZKS) disponiert.

Auf die Grundsätze des Landesausschusses für den Rettungsdienst zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung wird hingewiesen.

4.4 Berg-Rettungsdienst

Der Berg-Rettungsdienst ist Teil des Rettungsdienstes und erfolgt in der Weise, dass bei Notfallpatienten im unwegsamen Gelände oder in absturzgefährdeten Bereichen durch die Bergrettung Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens und/oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden eingeleitet werden. Sofern medizinisch erforderlich, wird die Transportfähigkeit hergestellt und der Notfallpatient an das geeignete nächstgelegene Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes oder an die Luftrettung befördert und übergeben. Dabei kommen Einsatzfahrzeuge und Rettungsmittel der Bergrettung zum Einsatz.

Die Bergrettungsmaßnahmen sind nur Benutzungsentgelt relevant, wenn ein Folge-transport mit dem bodengebundenen Rettungsdienst oder der Luftrettung stattfindet.

Näheres bestimmt sich nach der Konzeption über die Durchführung des Berg-Rettungsdienstes in Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung.

4.5 Wasser-Rettungsdienst

Der Wasser-Rettungsdienst ist Teil des Rettungsdienstes, bei dem die notfallmäßige Rettung von Notfallpatienten an, auf oder in einem Gewässer erfolgt und hierzu ergänzende medizinische sowie technische Maßnahmen zum Vorgehen an, auf oder im Gewässer und/oder besondere rettungsdienstliche Kenntnisse für Wassernotfälle notwendig sind.

Der Notfallpatient ist, soweit erforderlich, dem bodengebundenen Rettungsdienst oder der Luftrettung zur weiteren medizinischen Versorgung beziehungsweise Betreuung und zum Transport in eine geeignete Einrichtung zu übergeben.

Alle weiteren darüber hinausgehenden Aufgaben und Leistungen, bei denen keine Lebens- oder Gesundheitsgefahr zu befürchten ist (wie beispielsweise präventive Maßnahmen, sanitätsdienstliche Absicherungen) sind nicht Aufgabe des Wasser-Rettungsdienstes im öffentlichen Rettungsdienst.

Dies gilt auch für die Aufsicht an Badegewässern, bei denen eine Verkehrssicherungspflicht der Kommunen oder sonstiger Dritter besteht.

Die Wasserrettungsmaßnahmen sind nur benutzungsentgeltrelevant, wenn ein Folge-transport mit dem bodengebundenen Rettungsdienst oder der Luftrettung stattfindet.

Näheres bestimmt sich nach der Konzeption über die Durchführung des Wasserrettungsdienstes in Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung.

4.6 Fortbildungspflicht

Für das im Rettungsdienst (Notfallrettung, Krankentransport) und in den Leitstellen tätige hauptamtliche, nichtärztliche Personal einschließlich der regelmäßig im Rettungsdienst tätigen Ehrenamtlichen gilt eine jährliche Fortbildungspflicht von 30 Stunden (Zeitstunden) je Mitarbeiter (§ 9 Abs. 3 RDG). Die Fortbildung hat sich an dem Einsatz- und Aufgabenbereich zu orientieren und an dem aktuellen Stand der Notfallmedizin und Technik auszurichten. Zur regelmäßigen Fortbildung gehören insbesondere auch Kenntnisse über allgemeine Regelungen, die dem Stand der Medizin und Medizintechnik sowie den geltenden Hygienemaßnahmen entsprechen.

Ehrenamtlich Tätige können im Rettungsdienst nur eingesetzt werden, wenn deren Einsatz dort regelmäßig erfolgt, da nur dann von einer ausreichenden Erfahrung auszugehen ist.

Das Personal in den Leitstellen ist zur Gewährleistung der Aufgaben der Leitstelle nach Maßgabe der „Gemeinsamen Hinweise zur Leitstellenstruktur der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr“ entsprechend den aktuellen Anforderungen an die Disposition von Notfallrettung, Krankentransport sowie entsprechend den Anforderungen von an den Rettungsdienst gerichtete Hilfeersuchen nach dem aktuellen Stand der Notfallmedizin fortzubilden (siehe Kapitel V, Abschnitt 3.1). Hierzu gehört auch die telefonische Unterstützung von Laienhelfern am Notfallort. Die Fortbildung von Leitstellendisponenten umfasst insbesondere auch die Abfragetechniken zur Disposition des geeigneten nächstgelegenen boden- beziehungsweise luftgebundenen Rettungsmittels entsprechend dem Notarztindikationskatalog und den Dispositionsgrundsätzen in der jeweils geltenden Fassung.

Die Leistungsträger und Leistungserbringer haben für die Umsetzung der Fortbildungspflicht Sorge zu tragen.

Auf die Empfehlungen des Landesausschusses für den Rettungsdienst zu den Inhalten der Fortbildung in der jeweils geltenden Fassung wird hingewiesen.

5. Aufgaben beim Großschadenfall mit einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten

5.1 Großschadenfall

Ein Großschadenfall mit einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (vergleiche Gemeinsame Hinweise des Innenministeriums und des Sozialministeriums zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten) ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Missverhältnis zwischen dem rettungsdienstlichen Bedarf an der Schadenstelle und den Versorgungskapazitäten der Regelvorhaltung im Rettungsdienst besteht, so dass - zumindest für einen gewissen Zeitraum - davon ausgegangen werden muss, dass nicht mehr uneingeschränkt nach den Kriterien der individuellen medizinischen Notfallversorgung verfahren werden kann.

5.2 Organisatorische Maßnahmen

Um das Missverhältnis zwischen Bedarf und Versorgungskapazität des Rettungsdienstes im Einsatzfall möglichst bald zu beheben und alle Notfallpatienten individualmedizinisch versorgen zu können, ist es erforderlich, den Rettungsdienst an der Schadenstelle rasch personell und materiell zu verstärken. Sollten die personellen und materiellen Möglichkeiten eines Rettungsdienstbereiches nicht ausreichen, sind weitere Unterstützungspotenziale hinzuzuziehen.

Der Leitende Notarzt übernimmt die Führung der medizinischen Versorgung bei einem Großschadenfall mit einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten. Der Leitende Notarzt wird dabei vom Organisatorischen Leiter Rettungsdienst unterstützt.

Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst verfügt über eine entsprechende Qualifikation mit dem Schwerpunkt der Führung. Soweit erforderlich können der Leitende Notarzt und der Organisatorische Leiter Rettungsdienst bei speziellen Einsatzlagen entsprechende Fachkompetenz hinzuziehen wie beispielsweise den Berg- und den Wasserrettungsdienst. Die Oberleitstelle unterstützt bei einem Großschadenfall (vergleiche Kapitel V, Abschnitt 4.1). Zu den Aufgaben und der Unterstützungsfunktion der Oberleitstelle im Einzelnen wird auf die Vereinbarung gemäß § 6 Abs. 5 in Verbindung mit § 2 Abs. 1 RDG über die Einrichtung der Oberleitstelle vom 1. Januar 2000 in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.

Liegt bei einem Großschadenfall gleichzeitig ein Einsatz nach dem Feuerwehrgesetz (FwG) vor, bildet der Feuerwehrkommandant einen örtlichen Einsatzstab, dem der Leitende Notarzt und der Organisatorische Leiter Rettungsdienst angehören (vergleiche § 28 Abs. 1, 3 FwG). Der Leitende Notarzt hat im Einsatzstab die Führung der medizinischen Notfallversorgung inne. Im Katastrophenfall ist er Mitglied im Stab des technischen Einsatzleiters (vergleiche § 20 Abs. 2 Landeskatastrophenschutzgesetz - LKatSG). Die Einsatzleiter von Feuerwehr und Rettungsdienst haben sich gegenseitig zu unterstützen, eng zusammen zu arbeiten und ihre Einsatzmaßnahmen abzustimmen.

Der Transport der Notfallpatienten in für die weitere Versorgung geeignete Einrichtungen (insbesondere Krankenhäuser) muss in enger Absprache zwischen dem Leitenden Notarzt und der Integrierten Leitstelle weiträumig erfolgen, um zu vermeiden, dass die Situation des Massenanfalls lediglich in die umliegenden Krankenhäuser verlagert wird.

Die Gemeinsamen Hinweise des Innenministeriums und des Sozialministeriums zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.

Die Alarmierung des Leitenden Notarztes und des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst erfolgen nach den Vorgaben der örtlichen Alarm- und Ausrückeordnung, die auf der Grundlage definierter landesweiter Alarmierungsindikationen erstellt werden. Der Bereichsausschuss regelt die Voraussetzungen, dass ein möglichst frühzeitiges Eintreffen des Leitenden Notarztes und des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst bei der Schadenstelle gewährleistet ist (Regelung des Transportes). Diese organisatorischen Maßnahmen sind zusammen mit einer Darstellung der im jeweiligen Rettungsdienstbe-

reich bestehenden Dienst-Organisation der Leitenden Notärzte sowie der Organisatorischen Leiter Rettungsdienst nachrichtlich in den Bereichsplan aufzunehmen.

Für Aufgaben außerhalb des Geltungsbereichs des Rettungsdienst- und des Feuerwehrgesetzes ist regelmäßig die Gemeinde als Ortspolizeibehörde zuständig.

5.3 Leitende Notärzte

5.3.1 Funktion und Qualifikation

In § 10 Abs. 2 RDG ist die Funktion des Leitenden Notarztes (LNA) geregelt. Der Leitende Notarzt als Führungskraft des Rettungsdienstes soll bei einem Großschadenfall mit einem Massenanfall von Verletzten und Erkrankten die medizinischen Maßnahmen am Notfallort leiten, koordinieren und überwachen, um möglichst allen Betroffenen eine medizinische Versorgung zu ermöglichen. Er wird hierbei insbesondere vom Organisatorischen Leiter Rettungsdienst unterstützt. Der Leitende Notarzt hat im Einsatz Weisungsbefugnis gegenüber den beteiligten Ärzten, dem Rettungsdienstpersonal und im Falle der Delegation durch den Technischen Einsatzleiter auch gegenüber dem Sanitätspersonal des Katastrophenschutzes. Die Weisungsbefugnis im Einsatz gegenüber anderen Ärzten gilt ohne Einschränkung für medizinisch-einsatztaktische Maßnahmen. Der Leitende Notarzt übt insoweit hoheitliche Tätigkeiten aus.

Die Eignungsvoraussetzungen werden durch Satzung der Landesärztekammer festgelegt.

5.3.2 Aufgaben im Einzelnen

Die Leitungs-, Koordinierungs- und Überwachungsfunktion des Leitenden Notarztes beinhaltet insbesondere:

- (1) Beurteilung der Lage hinsichtlich der Schadenart, des Schadenumfangs (insbesondere in Bezug auf die Anzahl der Verletzten oder Erkrankten und die Art der Verletzungen/Erkrankungen), der möglichen Folgegefährdungen sowie der Kapazität des Rettungsdienstes.

- (2) Bestimmung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes durch Sichtung, Festlegung der medizinischen Versorgung (einschließlich des Umfangs der Anforderung von Sanitätspersonal und -material) und der Rettungsmittel und -ziele.
- (3) Überwachung und Koordination der festgelegten Maßnahmen als Mitglied des Einsatzstabes in ständiger Abstimmung mit der Einsatzleitung und Sicherstellung der landeseinheitlichen medizinischen Dokumentation.

5.3.3 Einsatzindikation und Alarmierung

Voraussetzung für den Einsatz des Leitenden Notarztes ist zunächst das Vorliegen eines Großschadenfalles. Dabei ist der Einsatz des Leitenden Notarztes dann indiziert, wenn wegen des Missverhältnisses zwischen dem notfallmedizinischen Leistungsbedarf und der aktuellen regionalen Kapazität des Rettungsdienstes eine Versorgung nach dem sonst im Rettungsdienst üblichen Kriterium der individual-medizinischen Versorgung zumindest zeitweise nicht mehr durchführbar ist. Der Leitende Notarzt kann darüber hinaus zum Einsatz kommen bei Schadenereignissen, bei denen mit einem Großschadenfall jederzeit gerechnet werden muss. Es gelten die landesweit festgelegten Alarmierungsindikationen.

5.3.4 Bestellung

Die Bestellung der Leitenden Notärzte erfolgt durch den Oberbürgermeister beziehungsweise Landrat des Stadt-/ Landkreises des jeweiligen Rettungsdienstbereiches auf Vorschlag des Bereichsausschusses für den Rettungsdienst im Benehmen mit der zuständigen Bezirksärztekammer. Die Bestellung von Krankenhausärzten erfolgt zusätzlich in Abstimmung mit dem jeweils zuständigen Krankenhausträger, die Bestellung von niedergelassenen Ärzten in Abstimmung mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Bereits bei der Bestellung sollte die Abkömmlichkeit im Einsatzfall geklärt werden. In die Bestellung ist die Verpflichtung des Leitenden Notarztes zur Verschwiegenheit über interne Angelegenheiten der Einsatzleitung mit aufzunehmen. Die Oberbürgermeister beziehungsweise Landräte handeln bei der Bestellung in ihrer Funktion als Leiter der unteren Verwaltungsbehörde.

Die Bestellung wird unter Hinweis auf die Aufgabenstellung im Rettungsdienst und im Katastrophenschutz durch Aushändigung einer Bestellsurkunde an den Leitenden Notarzt vollzogen. Im Rahmen dieser gesetzlichen Aufgabenstellung nimmt der Leitende Notarzt auch hoheitliche Funktionen wahr.

5.3.5 Organisation der Einsatzbereitschaft der Leitenden Notärzte

Die Einsatzbereitschaft der Leitenden Notärzte soll durch eine von den bestellten Leitenden Notärzten des jeweiligen Rettungsdienstbereichs zu organisierende Rufbereitschaft gewährleistet werden. Rufbereitschaft heißt, dass die zum Dienst eingeteilten Leitenden Notärzte zwar ihren Aufenthaltsort im Einsatzbereich beziehungsweise in unmittelbarer Nähe desselben frei wählen können, jedoch unmittelbar abkömmlich sein müssen. Zu diesem Zweck stellen die Leitenden Notärzte jeweils für ihren Dienstbereich einen fortzuschreibenden Dienstplan auf und übermitteln diesen der örtlichen Integrierten Leitstelle. Sofern ein vergleichbares Sicherheitsniveau erreicht wird, ist auch die Alarmierung der gesamten Leitenden Notarzt-Gruppe über eine Alarmierungsschleife möglich, ohne dass eine verbindliche Diensterteilung einzelner Leitender Notärzte erfolgt. Welcher der zur Verfügung stehenden Leitenden Notärzte die Funktion in der Einsatzleitung wahrnimmt, richtet sich nach der Regelung der Leitenden Notarzt-Gruppe. Der Transport des Leitenden Notarztes zum Einsatzort ist durch die Integrierte Leitstelle zeitnah zu veranlassen.

Die Krankenhausträger ermöglichen im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit den bei ihnen beschäftigten Notärzten durch entsprechende Regelungen den Leitenden Notarzt-Dienst. Als solche kommen Vereinbarungen im Arbeitsvertrag (beispielsweise Leitende Notarzt-Dienst als Teil der Dienstaufgabe, Nebenabreden zur Vereinbarkeit des Leitenden Notarzt-Dienstes mit den Hauptpflichten) oder Nebentätigkeitsgenehmigungen in Betracht. Niedergelassene Ärzte und sonstige Ärzte, die die Eignungsvoraussetzungen der Landesärztekammer erfüllen, wirken ebenfalls im Leitenden Notarzt-Dienst mit.

Ist der Leitende Notarzt gleichzeitig Fahrer, ist er nicht verpflichtet von den Vorschriften der StVO unter Inanspruchnahme von Sonderrechten abzuweichen.

Der Leitende Notarzt-Dienst ist flächendeckend in allen Rettungsdienstbereichen des Landes sicherzustellen. Hierfür ist in jedem Rettungsdienstbereich eine ausreichende Anzahl von Ärzten zu Leitenden Notärzten fortzubilden beziehungsweise zu bestellen.

5.3.6 Haftung

Der Leitende Notarzt nimmt im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenstellung hoheitliche Funktionen wahr. Die Bestellung, die ihn mit hoheitlichen Rechten beleiht, schafft die Voraussetzung für die Abdeckung des Haftungsrisikos des Leitenden Notarztes über die Amtshaftung des Landes.

5.3.7 Unfallversicherung

Hinsichtlich der gesetzlichen Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz während der Tätigkeit als Leitender Notarzt sowie auf den damit zusammenhängenden Wegen.

5.3.8 Mitwirkung im Bereichsausschuss

Nach § 5 Abs. 1 RDG wirkt ein Leitender Notarzt mit beratender Stimme im Bereichsausschuss mit, um seine notärztliche Erfahrung einzubringen.

5.4 Organisatorische Leiter Rettungsdienst

5.4.1 Funktion und Qualifikation

§ 10 a RDG regelt die Funktion des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst. Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst ist eine im Rettungsdienst erfahrene Person mit entsprechender Qualifikation mit dem Schwerpunkt der Führung. Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst unterstützt den Leitenden Notarzt bei der Bewältigung von (größeren) rettungsdienstlichen Schadenereignissen und übernimmt einsatztaktische Führungs- und Koordinierungsaufgaben.

5.4.2 Aufgaben im Einzelnen

Der diensthabende Organisatorische Leiter Rettungsdienst unterstützt den Leitenden Notarzt im Einsatzfall bei folgenden Aufgaben:

- Feststellen und Beurteilen der Schadenlage aus operativ-technischer und taktischer Sicht,
- Beurteilen der Örtlichkeit im Hinblick auf die Festlegung des Standortes von Verletztenablagen, Behandlungsplätzen, Patientenablage, Krankenwagenhalteplätzen und Hubschrauberlandeplätzen,
- Beurteilen hinsichtlich der Heranziehung zusätzlicher Kräfte,
- Unterstützen des Leitenden Notarztes bei dessen Anforderung von weiteren Rettungsmitteln und Sonderfahrzeugen über die Integrierte Leitstelle,
- Organisieren des Verletztenabtransports einschließlich der Dokumentation unter Nutzung vorhandener Instrumente (beispielsweise IuK) nach Vorgaben des Leitenden Notarztes und
- Verbindung zur Integrierten Leitstelle und zur Einsatzleitung unter Nutzung vorhandener Instrumentarien (beispielsweise Kreisaukunftsbüro).

5.4.3 Qualifikation des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst

Aufgrund der notwendigen Kenntnis über die strukturellen und örtlichen Gegebenheiten des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes, der Krankenhauskapazitäten und der topographischen Bedingungen sind für die Bestellung zum Organisatorischen Leiter Rettungsdienst neben einer mindestens 3-jährigen kontinuierlichen Tätigkeit als Rettungsassistent in der Notfallrettung auch umfassende Kenntnisse des Rettungsdienstbereiches, in dem er als Organisatorischer Leiter Rettungsdienst tätig werden soll, notwendig. Hierzu gehört auch ein Wissen über die ehrenamtlichen Strukturen und Ressourcen sowie grundlegende Kenntnisse im Sanitäts- und Betreuungsdienst. Die Qualifizierung zum Organisatorischen Leiter Rettungsdienst erfolgt nach einem landeseinheitlichen und mit der Landesärztekammer abgestimmten Ausbildungskonzept und wird mit einer Prüfung abgeschlossen. Die erforderliche Kenntnis der landesrechtlichen Regelungen erfordert es, dass die Qualifizierung in Baden-Württemberg absolviert wird. Es gilt das vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossene Ausbildungskonzept in der jeweils geltenden Fassung.

Die Organisation des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst ist flächendeckend in allen Rettungsdienstbereichen des Landes sicherzustellen. Hierfür ist in jedem Rettungsdienstbereich eine ausreichende Anzahl Organisatorischer Leiter Rettungsdienst fortzubilden.

5.4.4 Einsatzindikation und Alarmierung

Die Einsatzbereitschaft der Organisatorischen Leiter Rettungsdienst wird durch die Hilfsorganisationen im jeweiligen Rettungsdienstbereich sichergestellt. Die Einsatzbereitschaft ist den örtlichen Integrierten Leitstellen durch die Hilfsorganisationen mitzuteilen. Der Transport des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst zum Einsatzort ist durch die Integrierte Leitstelle zeitnah zu veranlassen.

5.4.5 Bestellung

Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst wird durch den Bereichsausschuss bestimmt; ebenso die im Rettungsdienstbereich notwendige Zahl an Organisatorischen Leitern Rettungsdienst.

5.5 Kosten des Leitenden Notarztes und Organisatorischen Leiters Rettungsdienst

Die durch die Bereitstellung und den Einsatz des Leitenden Notarztes und des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst entstehenden Kosten sind Kosten des Rettungsdienstes (vergleiche § 10 Abs. 2 Satz 4, § 10 a RDG).

Zu den Kosten des Leitenden Notarztes gehören insbesondere eine Pauschale für die Übernahme der Funktion, eine Einsatzpauschale sowie die Aufwendungen für notwendige Ausrüstungsgegenstände. Hierzu gehören auch die Kosten für rettungsdienstbezogene regelmäßige Fortbildungen. Die Pauschale schließt die Kosten für planerische Aufgaben und für Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nicht ein.

Auf die Empfehlung des Landesausschusses für den Rettungsdienst zur Ausstattung des Leitenden Notarztes und Organisatorischen Leiters Rettungsdienst, zur Kosten-

erstattung sowie zur Regelung der gemeinsamen Alarm- und Ausrückeordnung in der jeweils geltenden Fassung wird hingewiesen.

5.6 Planerische Vorkehrungen

Damit die erforderlichen Maßnahmen zur Bewältigung eines Großschadenfalles mit einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV) ohne Zeitverzug getroffen werden können, ist es unverzichtbar, dass die Planungen und Vorhaltungen des Rettungsdienstes bereits vor dem Eintritt eines Großschadenfalles (MANV) mit den Verantwortlichen der anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben einvernehmlich abgestimmt werden.

In Abstimmung zwischen der Katastrophenschutzbehörde, den Trägern des Rettungsdienstes (einschließlich der Integrierten Leitstellen und Oberleitstelle Baden-Württemberg), dem Leitenden Notarzt im Bereichsausschuss, dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst und sonstigen berührten Behörden und Stellen nach § 5 Abs. 1 LKatSG sind Planungen für einen Großschadenfall (MANV) zu erstellen. Insbesondere die Krankenhäuser haben hierzu gemäß § 5 Abs. 3 LKatSG und § 28 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) Fachpläne in Form von Alarm- und Einsatzplänen auch für den Fall eines Großschadenfalles (MANV) beizubringen. Die Katastrophenschutzbehörde steuert und koordiniert diese Planungen und integriert sie in ihre Alarm- und Einsatzpläne.

In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf folgende Bestimmungen und Empfehlungen in der jeweils gültigen Fassung verwiesen:

- Gemeinsame Hinweise des Innenministeriums und des Ministeriums für Arbeit und Soziales für die unteren Katastrophenschutzbehörden, Einsatzkräfte und Leitstellenmitarbeiter für die Einsatzplanung und Bewältigung von Schadenereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter (Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten) - Gemeinsame Hinweise MANV,
- Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Österreich über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen,

- Verwaltungsvorschrift der Landesregierung und der Ministerien zur Bildung von Stäben bei außergewöhnlichen Ereignissen und Katastrophen (VwV Stabsarbeit),
- Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Französischen Republik über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen,
- Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweizerischen Eidgenossenschaft über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen und
- BWKG-Empfehlungen und -Planungshinweise zur Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung.

6. Zusammenarbeit mit Krankenhäusern

Die Rettungskette wird dadurch geschlossen, dass die Weiterbehandlung von durch den Rettungsdienst und Notarzt am Notfallort fachgerecht versorgten Patienten in einer für die weitere Versorgung geeigneten Einrichtung, insbesondere einem Krankenhaus, gewährleistet ist. Die Integrierte Leitstelle hat in Absprache mit dem Notarzt und/oder dem Rettungsdienstpersonal den Transport und die Aufnahme in das geeignete, nächstgelegene Krankenhaus oder eine sonstige, zur weiteren Versorgung des Patienten geeignete Einrichtung zu veranlassen. Sind Behandlungsschwerpunkte für spezielle Erkrankungsbilder (beispielsweise Schlaganfall, Kardiologische Notfälle) geschaffen, sind die Patienten unmittelbar in die dafür geeigneten Einrichtungen zu transportieren. Die neonatale Versorgung in Baden-Württemberg ist flächendeckend. Verlegungen von Risikoschwangerschaften beziehungsweise Frühchen sind im Vorfeld zu vermeiden.

Auf die Ausführungen im „Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Präklinik“ wird besonders hingewiesen.

(http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/eckpunkte_med_notfallversorgung.pdf)

Krankenhäuser sind nach § 28 LKHG im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit zur Aufnahme von Patienten verpflichtet; gegebenenfalls haben Regierungspräsidium oder Gesund-

heitsamt (vergleiche § 39 Abs. 1 Sätze 3 und 4 LKHG) die Aufnahmebereitschaft durch entsprechende Anordnungen sicherzustellen.

Die Übergabezeiten von Patienten des Rettungsdienstes an die Krankenhäuser sind von den jeweiligen Krankenhäusern kurz zu halten.

Für Schwerbrandverletzte, bei denen neben entsprechend qualifiziertem Personal auch vor allem Spezialbetten benötigt werden, wird ein bundesweiter Bettennachweis geführt (vergleiche hierzu Kapitel V, Abschnitt 4.1).

Die rasche Versorgung von Notfallpatienten setzt voraus, dass das jeweilige Krankenhaus für den Rettungsdienst ohne Schwierigkeiten erreichbar ist und in baulicher und personeller Hinsicht die Möglichkeit für die fachgerechte weitere Behandlung bietet (Notaufnahme).

7. Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Organisationen

Im Bedarfsfall fordert der Rettungsdienst die Hilfeleistung anderer Stellen und Organisationen an. Deshalb hält die Integrierte Leitstelle zu diesem Zweck enge Verbindung insbesondere mit der Polizei und den benachbarten Integrierten Leitstellen sowie anderen Stellen und Organisationen, die zur Unterstützung in der Lage sind. Hilfe im Bereich Sanitäts- und Betreuungsdienst ist bei den entsprechenden Hilfsorganisationen anzufordern. Darüber hinaus hält die Integrierte Leitstelle Kontakt zur Oberleitstelle.

Technische Hilfe ist bei der Feuerwehr anzufordern.

8. Qualitätssicherung im Rettungsdienst

In Umsetzung des Beschlusses des Landesausschusses für den Rettungsdienst vom 3. Dezember 2010 haben die Kosten- und Leistungsträger im Rettungsdienst ein landesweites Qualitätssicherungssystem eingerichtet, deren Kernelement die Einrichtung einer Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg ist (SQR-BW). Die Qualitätssicherungsstelle unterstützt alle Beteiligten bei deren Aufgabenerledigung im Rettungsdienst in Baden-Württemberg, die Qualität im

Rettungsdienst zu sichern und weiterzuentwickeln. Aufgabe der Qualitätssicherungsstelle ist die regelmäßige Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungsdienstes.

Grundlage der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rettungsdienst sind eine landesweit einheitliche standardisierte Dokumentation und Übermittlung qualitätsrelevanter Daten durch die Beteiligten im Rettungsdienst. Die Beteiligten im Rettungsdienst wirken hierbei mit, um die Aufgabenwahrnehmung der SQR-BW zu gewährleisten.

Die vom Landesausschuss für den Rettungsdienst in seiner Sitzung am 22. Juli 2011 zu den Zielen, der Struktur und den Aufgaben getroffene Beschlussfassung sowie die weiteren vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossenen Qualitätskriterien und Umsetzungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.

Wesentlicher Bestandteil der landesweiten Qualitätssicherung ist insbesondere auch eine Dokumentation aller Notarzteinsätze. Hierzu hat der Landesausschuss für den Rettungsdienst am 29. November 2012 beschlossen, dass die im Rettungsdienst mitwirkenden Notärzte alle Notarzteinsätze ab 1. Januar 2014 nach einem landesweit einheitlichen von der SQR-BW spezifizierten Datensatz auf der Grundlage von MIND 3 zu dokumentieren und der SQR-BW zur Auswertung elektronisch zu übermitteln haben. In Baden-Württemberg sind die Notarzteinsätze im Rettungsdienst landesweit einheitlich nach dem Minimalen Notfalldatensatz MIND3BW zu dokumentieren.

IV. Organisationsstruktur des Rettungsdienstes

1. Funktionelle Organisationsstruktur

Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe und umfasst nach dem Rettungsdienstgesetz die Notfallrettung und den Krankentransport. Notfallrettung und damit Bestandteil des Rettungsdienstes ist auch der Intensivtransport zur Beförderung eines intensivüberwachungs- und behandlungspflichtigen Patienten, bei dem Notarzt und Rettungsassistent mit besonderer intensivmedizinischer Qualifikation sowie ein geeignetes Rettungsmittel erforderlich sind (nicht: innerklinische Transporte, Auslandsrückholungen).

Träger sind die den Rettungsdienst durchführenden Rettungsdienstorganisationen, mit denen das Land Vereinbarungen über die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes geschlossen hat. Private Unternehmer wirken bei der Durchführung des Krankentransports sowie im Rahmen des Bestandsschutzes bei der Notfallrettung mit.

Dem Land obliegt die Festlegung der allgemeinen Vorgaben für die landesweite Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes (Rettungsdienstplan als Rahmenplan) und die öffentliche Förderung des Rettungsdienstes im Rahmen der §§ 26, 27 und 30 RDG. Das Land sowie die Leistungs- und Kostenträger wirken auf Landesebene im Landesausschuss für den Rettungsdienst in der Beratung der wesentlichen Angelegenheiten und in der Planung der allgemeinen Rahmenvorgaben zusammen. Auf der Ebene der Rettungsdienstbereiche tragen die Kosten- und Leistungsträger im Bereichsausschuss gemeinsam die Verantwortung für Planung und Gestaltung des Rettungsdienstes. In der Zuordnung von Leistungs- und Kostenträgern verleiht das Gesetz dem Element der gemeinsamen Verantwortung besonderen Ausdruck.

2. Räumliche Organisationsstruktur

2.1 Bodengebundener Rettungsdienst

2.1.1 Rettungsdienstbereiche

Der bodengebundene Rettungsdienst wird in regionalen Gebietseinheiten, den Rettungsdienstbereichen (§ 3 Abs. 2 RDG), organisiert und koordiniert.

Das Land ist in Rettungsdienstbereiche eingeteilt (siehe Anlage).

Wenn die Zusammenarbeit mit den Katastrophenschutzbehörden und der Feuerwehr nicht beeinträchtigt wird und die Funktionsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes verbessert werden kann, ist die Zusammenlegung mehrerer Rettungsdienstbereiche in Betracht zu ziehen. Hierzu sind verstärkt Kooperationslösungen anzustreben.

2.1.2 Bereichsausschüsse

In jedem Rettungsdienstbereich ist ein Bereichsausschuss für den Rettungsdienst zu bilden, in denen die Leistungs- und Kostenträger paritätisch mit Stimmrecht vertreten sind (§ 5 RDG). Die Mitglieder des Bereichsausschusses werden durch den Oberbürgermeister oder Landrat berufen. Beratende Mitglieder haben bis auf das Stimmrecht sämtliche Rechte der stimmberechtigten Mitglieder. Dazu gehört das Recht, Zugang zu allen den Bereichsausschuss betreffenden Informationen - insbesondere zu Gutachten über den Rettungsdienst im Rettungsdienstbereich einschließlich der Kostenberechnungen - zu erhalten.

Dem Bereichsausschuss obliegt die Beobachtung und Beratung der Angelegenheiten des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich sowie deren Regelung mit Ausnahme der Luftrettung, insbesondere der Aufgaben nach § 3 Abs. 3 und § 6 Abs. 3 RDG, der planerischen Sicherstellung der notärztlichen Versorgung einschließlich der Gewinnung von Ärzten nach § 10 RDG und der Bestimmung des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst.

Der Bereichsausschuss erstellt nach Maßgabe des Rettungsdienstgesetzes, des Rettungsdienstplanes des Landes, der dazu erlassenen Verwaltungsvorschriften sowie der Empfehlungen des Landesausschusses für den Rettungsdienst einen Bereichsplan, der für die Leistungs- und Kostenträger verbindlich ist. Dies gilt auch bei Verfahren vor den Schiedsstellen und Verwaltungsgerichten. Mit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes 2009 wurde der Bereichsausschuss als das maßgebliche Planungsorgan gesetzlich ermächtigt, den Krankenhausträger mittels Verwaltungsakt zur Notarztstellung zu verpflichten (ultima ratio). Die Bereichspläne sind jährlich zu überprüfen und bei notwendigen Änderungen zeitnah fortzuschreiben. Die Bereichsausschüsse haben jährlich die Gesamtvorhaltung im jeweiligen Rettungsdienstbereich zum Stichtag 31.12. innerhalb des 1. Quartals des Folgejahres der SQR-BW mitzuteilen.

2.1.3 Bereichsplan

Im Bereichsplan werden für den Rettungsdienstbereich auf der Grundlage des Rettungsdienstgesetzes, des Rettungsdienstplanes des Landes, der dazu erlassenen Verwaltungsvorschriften sowie der Empfehlungen des Landesausschusses für den Ret-

tungsdienst unter Beachtung der Hilfsfrist als Planungsmaßstab folgende verbindliche Festlegungen getroffen: die Zahl und Standorte der Rettungswachen für den Bereich der Notfallrettung, die für die notärztliche Versorgung erforderlichen Vorhaltungen einschließlich der Bestimmung, an welchen Standorten Notarztstandorte/ Notarztssysteme bedarfsgerecht einzurichten sind sowie deren jeweilige personelle und sächliche Ausstattung. Zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung der Bevölkerung bestimmt das RDG, dass die notärztliche Versorgung primär durch Krankenhausärzte zu gewährleisten ist und sieht daher ausdrücklich in § 10 Abs. 1 RDG eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser vor, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen (siehe Gesetzesbegründung, Landtagsdrucksache 12/2781 Seite 27 und Landtagsdrucksache 14/4840 Seite 13). Diese Regelung berücksichtigt, dass tragende Säule der notärztlichen Versorgung die Krankenhäuser sind und es insbesondere im Interesse der Patienten geboten ist, dass vor allem Krankenhausärzte die notärztliche Versorgung übernehmen. Die Planungsgröße der Hilfsfrist gilt für die Festlegung der notwendigen Strukturen mit RTW und Notärzten gleichermaßen und ist maßgebend für die notwendige Infrastruktur im Rettungsdienst und damit für die Einsatzplanung in der Notfallrettung.

Ferner sind die bedarfsgerechten, notwendigen Vorhaltungen für den Berg- und den Wasser-Rettungsdienst Bestandteil des Bereichsplans. Die bestandsgeschützten Kapazitäten der privaten Unternehmer, die Vorhaltungen für den Intensivtransport sowie die Vorhaltungen der Luftrettung sind im Bereichsplan zu berücksichtigen.

Die Kapazitäten des Krankentransports, auch der privaten Unternehmer, sind in den Bereichsplan nachrichtlich aufzunehmen. Der Bereichsplan ist entsprechend dem vom Landesausschuss für den Rettungsdienst verabschiedeten Musterbereichsplan in der jeweils geltenden Fassung zu gliedern. Sofern zur Einhaltung der Vorgaben der Hilfsfrist eine Erweiterung der Vorhaltungen in der Notfallrettung erforderlich wird, ist allen gesetzlichen Leistungsträgern nach § 2 RDG die Möglichkeit einzuräumen, sich an der Vergabe zu beteiligen.

2.2 Luftrettung

Die Standorte der Rettungshubschrauber werden aufgrund ihrer bereichsübergreifenden, überregionalen Bedeutung durch das Land (Innenministerium) festgelegt. Die Primäreinsätze der Rettungshubschrauber werden jeweils von der Integrierten Leitstelle

geführt, in deren Bereich sich der Notfallort befindet. Die Festlegung der Standorte der Intensivhubschrauber erfolgt im Zuge der Vereinbarung nach § 30 RDG.

Die Disposition der Intensivtransporte (Sekundäreinsätze) erfolgt über die Zentrale Koordinierungsstelle (ZKS).

2.3 Berg-Rettungsdienst und Wasser-Rettungsdienst

Auch für die Berg- und die Wasserrettung ergeben sich im Hinblick auf die besonderen Einsatzformen auf diesen Gebieten unterschiedliche Strukturen. Zwar sind die Leistungen des Berg- und des Wasser-Rettungsdienstes in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen zu erbringen, eine Vorhaltung stationärer Einrichtungen, wie sie beim bodengebundenen Rettungsdienst typisch ist, tritt jedoch bei diesen vergleichsweise zurück. Sie kommt nur für bestimmte Einsatzgebiete und -orte in Frage, in denen ein besonderer Rettungsbedarf besteht.

3. Bereichs- und grenzüberschreitender Rettungsdienst

Die Festlegung von Rettungsdienstbereichen bedeutet nicht, dass der Einsatz der Rettungsmittel schematisch nach den Grenzen der Rettungsdienstbereiche zu erfolgen hat. Die Integrierten Leitstellen haben insbesondere an den Bereichsgrenzen die Rettungsmittel auch bereichsübergreifend zu disponieren. Ein wirksamer Rettungsdienst erfordert eine enge Zusammenarbeit und die gegenseitige Unterstützung der Rettungsdienstbereiche. Aus den Bereichsplänen muss sich ergeben, wie bereichsübergreifend zusammen gearbeitet wird und wie die Vorhaltungen sowie Versorgungsstrukturen bereichsübergreifend eingebunden werden; auch ist die Abstimmung mit den benachbarten Rettungsdienstbereichen darzulegen.

Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst in anderen Bundesländern und im Verhältnis zum Ausland. Soweit hier Absprachen auf örtlicher Ebene nicht ausreichen, wird sich das Land um Vereinbarungen auf überörtlicher Ebene bemühen, die teilweise bereits bestehen. Örtliche Absprachen und Vereinbarungen über die Durchführung des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes sind dem Innenministerium und dem Landesausschuss für den Rettungsdienst zur Kenntnis zu bringen.

V. Einrichtungen und Ausstattung des Rettungsdienstes

1. Allgemeines

Einrichtungen des Rettungsdienstes sind die technischen, baulichen und sonstigen stationären Anlagen, die für die Durchführung des Rettungsdienstes notwendig sind. Hierzu gehören insbesondere ein bedarfsgerechtes Meldesystem, die Integrierten Leitstellen, die Rettungswachen, die Luftrettungszentren und die zentralen Stationen des Berg- und des Wasser-Rettungsdienstes.

Bei der Bemessung des Personalbedarfs der Einrichtungen im jeweiligen Rettungsdienstbereich sind die Empfehlungen des Landesausschusses für den Rettungsdienst in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen. Der Dienstplangestaltung ist besondere Beachtung zu schenken.

Die sächliche Ausstattung des Rettungsdienstes muss unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, insbesondere der hierzu erstellten Empfehlungen des Landesausschusses für den Rettungsdienst sicherstellen, dass unverzüglich und sachgerecht Hilfe geleistet werden kann.

2. Bedarfsgerechtes Meldesystem

2.1 Allgemeines

Das Meldesystem muss so ausgestaltet sein, dass der Rettungsdienst ohne unnötigen Zeitverlust zum Einsatz kommt. Es muss sichergestellt sein, dass jeder Notfall unverzüglich und auf möglichst einfache Weise gemeldet werden kann.

2.2 Notruf 112, Rufnummer 19222 und Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117

Für die Aufgaben des Rettungsdienstes (siehe Kapitel III, Abschnitt 1) sind die Integrierten Leitstellen landesweit über die einheitliche europäische Notrufnummer 112 erreichbar.

bar. Die Träger der Leitstellen für den Rettungsdienst und die Feuerwehr stellen sicher, dass Notfallmeldungen, Notruffaxe und Hilfeersuchen über die Notrufnummer 112 entgegengenommen und bearbeitet werden können und ohne Verzögerung an eine gegebenenfalls andere zuständige Leitstelle für Feuerwehr und Rettungsdienst oder der Polizei weitervermittelt werden können.

Für die Annahme von Krankentransportanforderungen können die Integrierten Leitstellen zusätzlich die Servicenummer 19222 bereithalten.

Ärztliche Hilfe auch nachts, an Wochenenden und an Feiertagen erbringt der ärztliche Bereitschaftsdienst, der über die kostenfreie bundesweite Bereitschaftsdienstnummer 116 117 zu erreichen ist.

3. Integrierte Leitstellen

Nach § 6 Abs. 1 RDG sind Integrierte Leitstellen in gemeinsamer Trägerschaft von Rettungsdienst und Feuerwehr einzurichten. Darüber hinaus ist bei anstehenden Investitionen zu prüfen, ob Bereichsübergreifende Integrierte Leitstellen eingerichtet werden können. Ist eine Doppelbesetzung in einer Integrierten Leitstelle rund um die Uhr nicht wirtschaftlich darstellbar oder nicht vorhanden, ist eine Bereichsübergreifende Integrierte Leitstelle zu schaffen.

Die Integrierte Leitstelle steuert im Rettungsdienstbereich alle Einsätze der Notfallrettung und im Krankentransport (§ 6 Abs. 1 Satz 1 RDG).

Die Integrierte Leitstelle ist im Zuständigkeitsbereich gegenüber allen im Rettungsdienst Mitwirkenden weisungsbefugt bis zum Eintreffen am Einsatz- beziehungsweise Notfallort. Sie übt damit hoheitliche Tätigkeit aus.

3.1 Aufgaben

Die Integrierte Leitstelle ist Einsatzzentrale für alle Einsätze des Rettungsdienstes in ihrem Rettungsdienstbereich (Vermittlungsmonopol, § 6 Abs. 1 RDG). Dies gilt sowohl für den bodengebundenen Rettungsdienst als auch für die Luftrettung und den Berg-,

sowie den Wasser-Rettungsdienst. Sie disponiert und unterstützt die Einsätze auf der Basis des Notarztindikationskataloges und der Dispositionsgrundsätze in der jeweils geltenden Fassung.

Die Integrierte Leitstelle hat insbesondere folgende Aufgaben:

- (1.) Unverzügliche Annahme der eingehenden Notfallmeldungen und unverzügliche Weiterleitung an andere zuständige Leitstellen (beispielsweise Leitstellen des Rettungsdienstes und der Feuerwehr anderer Bundesländer sowie der Führungs- und Lagezentren der Polizei),
- (2.) Lenkung, Koordination, Überwachung und Dokumentation aller Einsätze (Notfallrettung, Krankentransporte) im Rettungsdienstbereich unter Beachtung der Dispositionsgrundsätze (siehe Ziffer 3.1.1),
- (3.) Alarmierung des Notarztes,
- (4.) Alarmierung des Leitenden Notarztes und des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst,
- (5.) Disposition des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (die Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Vermittlung des vertragsärztlichen Notdienstes durch die Integrierten Leitstellen in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten),
- (6.) Sicherstellung einer ständigen Betriebsbereitschaft,
- (7.) Sicherstellung ständiger Ansprechbarkeit aller Rettungsdiensteinrichtungen,
- (8.) sachgerechter und wirtschaftlicher Einsatz der Rettungsfahrzeuge,
- (9.) die Disponenten leiten bei Bedarf den Anrufer telefonisch zur Reanimation und zu anderen Erste-Hilfe-Maßnahmen an und unterstützen dadurch die Ersthelfer am Einsatzort; zudem wird durch diese Maßnahmen die optimale Hilfeleistung bereits durch die Ersthelfer gewährleistet,

- (10.) Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern ihres Bereichs, den Dienststellen des Polizeivollzugsdienstes, der Feuerwehr, den Hilfsorganisationen mit Sicherheitsaufgaben, den Gemeinden als Ortspolizeibehörden und den Katastrophenschutzbehörden,
- (11.) Zusammenarbeit mit benachbarten Integrierten Leitstellen, der Zentralen Koordinierungsstelle für Intensivtransporte (ZKS) und der Oberleitstelle Baden-Württemberg,
- (12.) Herstellung und Aufrechterhaltung der Fernmeldeverbindungen zu allen Rettungsfahrzeugen,
- (13.) Überwachung, Koordinierung und Lenkung aller Funkgespräche des Rettungsdienstes in ihrem Bereich,
- (14.) Führen eines Nachweises über die Aufnahme- und Dienstbereitschaft aller im Rettungsdienstbereich gelegenen Krankenhäuser (gemäß § 29 Abs. 4 LKHG haben die Krankenhäuser den Aufnahmeplan den Integrierten Leitstellen, die ihren Sitz im Versorgungsbereich des Krankenhauses haben, mitzuteilen),
- (15.) Führen von Übersichten über die dienstbereiten Apotheken sowie über Informationsstellen für Vergiftungen und Verbrennungen, über Blutspendezentralen und Druckkammern,
- (16.) Förderung der Zusammenarbeit der im Rettungsdienstbereich mitwirkenden Organisationen und Stellen,
- (17.) Aus- und Fortbildung des Leitstellenpersonals und
- (18.) im Katastrophenfall enge Zusammenarbeit mit dem Katastrophenschutzstab und der Technischen Einsatzleitung.

3.1.1 Dispositionsgrundsätze

3.1.1.1 Notfallrettung

Die Notfallrettung dient der dringlichen Versorgung und dem Transport von Notfallpatienten. Zum Einsatz kommen NEF, NAW, RTW und RTH. Jede Verzögerung ist zu vermeiden. Die Dringlichkeit des Einsatzes und die gesetzliche Verpflichtung zur Gleichbehandlung aller Leistungserbringer durch die Integrierte Leitstelle lassen in der Notfallrettung nur einen *einzigsten Dispositionsgrundsatz* zu:

Einsatz des geeigneten verfügbaren Rettungsmittels, das den Notfallort am schnellsten erreicht.

Näheres regeln die für Vermittlungen von Leistungen des Rettungsdienstes geltenden Dispositionsgrundsätze für Integrierte Leitstellen in der jeweils geltenden Fassung.

3.1.1.2 Krankentransport

Der Krankentransport dient dem Transport von Patienten unter fachgerechter Betreuung und ist im Gegensatz zur Notfallrettung grundsätzlich disponibel. Der Bereich der Krankenfahrten (§ 1 RDG) ist nicht Bestandteil des Rettungsdienstes. Auch im Krankentransport gilt in der Regel:

Einsatz des nächsten KTW.

Weil eine der Notfallrettung vergleichbare Dringlichkeit nicht besteht, kann im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gleichbehandlung dem Patienten eine Mitsprache bei der Auswahl des Leistungserbringers eingeräumt werden, ohne dass diese näher begründet werden muss (beispielsweise Mitgliedschaft). Für die Rettungsleitstelle gilt deshalb im Krankentransport zusätzlich:

Die Wünsche des Patienten sind zu berücksichtigen.

Dadurch wird allen Leistungserbringern die Möglichkeit eingeräumt, sich über einen guten Service beim Patienten einen eigenen Kundenstamm aufzubauen. Die Wahlmög-

lichkeit bei der Disposition gilt jedoch nur für den Patienten, nicht für Einrichtungen wie Arztpraxen oder Krankenhäuser, um keine Grauzone durch Provisionsvereinbarungen zu eröffnen.

Ferner müssen die Alternativen einschließlich einer möglichen Verzögerung des Transports durch die Festlegung auf einen einzigen Leistungserbringer dem Patienten durch die Rettungsleitstelle offen dargelegt werden.

Sofern für Dauerpatienten mehrere Termine bei der Integrierten Leitstelle angemeldet werden, gilt zunächst ebenfalls der Grundsatz, jeweils das nächste geeignete Rettungsfahrzeug einzusetzen. Falls der Patient Wünsche äußert, sind diese bis auf Widerruf zu berücksichtigen.

Sofern in angemessener Zeit kein KTW zur Verfügung steht, darf im Einzelfall auch ein RTW zum Einsatz kommen. Bei der Disposition durch die Integrierte Leitstelle ist zwingend der Vorrang der Notfallrettung zu beachten. Insgesamt haben die Verantwortlichen im Rettungsdienstbereich (Bereichsausschüsse, Genehmigungsbehörde für den Krankentransport einschließlich der Rechtsaufsichtsbehörden) darauf zu achten, dass die Einhaltung der Notfallrettung und Hilfsfrist sichergestellt ist. Bei einer Häufung von RTW Einsätzen im Krankentransport sind die Versorgungsstrukturen von den Verantwortlichen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Durch die Wahlmöglichkeit des Patienten werden insbesondere folgende gesetzliche Regelungen nicht eingeschränkt:

- (1) das Vermittlungsmonopol der Integrierten Leitstelle (§ 6 Abs. 1 RDG). Die praktische Durchsetzung des Vermittlungsmonopols erfolgt dadurch, dass von den Kostenträgern nur diejenigen Einsätze im Krankentransport erstattet werden müssen, die über eine Einsatznummer der Integrierten Leitstelle verfügen,
- (2) die Beförderungspflicht des Leistungserbringers (§§ 20, 24 RDG), von der Integrierten Leitstelle angewiesene Transporte zu übernehmen,
- (3) die Festlegung von Betriebsbereich und Betriebszeiten (§§ 18, 20 RDG) durch die Genehmigungsbehörde. Diese Nebenbestimmungen der Genehmigung müssen

konkret ausgestaltet sein; unbestimmte Angaben wie etwa „entsprechend dem Bedarf“ genügen nicht und

- (4) der Abschluss einer Vereinbarung mit den Kostenträgern (§ 20 RDG).

3.2 Organisation

Die Integrierte Leitstelle soll für den Bereich des Rettungsdienstes von der im Rettungsdienstbereich jeweils leistungsstärksten Rettungsdienstorganisation errichtet und betrieben werden. Dies ist auf der Grundlage der Rahmenvereinbarungen nach § 2 RDG in allen Rettungsdienstbereichen das Deutsche Rote Kreuz. Die übrigen im Rettungsdienstbereich tätigen Rettungsdienstorganisationen sollen am Betrieb der Integrierten Leitstelle angemessen beteiligt werden.

Der Träger der Integrierten Leitstelle stellt für den Bereich des Rettungsdienstes sicher, dass ein Beirat aller Leistungsträger/Leistungserbringer im Rettungsdienst des Rettungsdienstbereichs eingerichtet wird, der mindestens einmal jährlich vom Träger der Integrierten Leitstelle oder auf Antrag von zwei Leistungsträgern/Leistungserbringern einberufen wird. Im Rahmen der Qualitätssicherung ist ein Leitender Notarzt an dem Beirat mit beratender Stimme zu beteiligen. Der Beirat ist vom Träger der Integrierten Leitstelle für den Bereich des Rettungsdienstes über alle grundsätzlichen Angelegenheiten der Integrierten Leitstelle zu informieren. Er kann Empfehlungen beschließen, soweit diese den Bereich des Rettungsdienstes betreffen. Kostenrelevante Empfehlungen können nur unter Hinzuziehung der Kostenträger gefasst werden. Soweit auch eine Kostenrelevanz für den kommunalen Träger gegeben ist, bedarf es auch dessen Beteiligung.

Die gesetzliche Verpflichtung zur Neutralität (§ 6 Abs. 1 RDG) ist einzuhalten. Folgende Leitstellendaten sind für alle Einsätze im Rettungsdienstbereich allen gesetzlichen Leistungsträgern, allen privaten Rettungsdienstunternehmern sowie den Kostenträgern vom Träger der Rettungsleitstelle monatlich offen zu legen:

- (1) Fortlaufende Auftragsnummer,

- (2) Angabe, ob Notfallrettung oder Krankentransport,
- (3) durchführender Leistungserbringer und
- (4) Beginn und Ende des Einsatzes

Die Weitergabe der Leitstellendaten erfolgt in digital verarbeitbarer Form.

Ist eine Rettungswache ganz oder teilweise nicht einsatzfähig, so hat die Integrierte Leitstelle dafür zu sorgen, dass die Aufgaben dieser Rettungswache von anderen Rettungswachen verantwortlich übernommen werden. Die Integrierte Leitstelle unterrichtet die Träger der betroffenen Rettungswachen.

Dem Personal der Integrierten Leitstelle obliegt die Überwachung der Funktionsfähigkeit der Betriebs-, Reserve-, Zusatzanlagen und -einrichtungen. Pflege- und Wartungsaufgaben, die keine besonderen technischen Kenntnisse erfordern oder nicht von Fachfirmen erledigt werden müssen, sind vom Personal der Integrierten Leitstelle durchzuführen.

Hinsichtlich der technischen Einzelheiten wird auf die Dispositionsgrundsätze sowie auf die von den Rettungsdienstorganisationen im Einvernehmen mit dem für den Rettungsdienst zuständigen Ministerium und unter Beteiligung des Landesausschusses für den Rettungsdienst aufgestellten „Dienstanweisung für Integrierte Leitstellen in Baden-Württemberg“ in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.

3.3 Anzahl und Standorte Integrierter Leitstellen

Nach § 6 Abs. 1 RDG sind Integrierte Leitstellen einzurichten. In jedem Rettungsdienstbereich soll höchstens eine Integrierte Leitstelle betrieben werden. Auf die Bildung bereichsübergreifender Integrierter Leitstellen ist in den Rettungsdienstbereichen hinzuwirken.

Die Integrierte Leitstelle ist dadurch gekennzeichnet, dass in einer Einrichtung sowohl die Leitstellenfunktionen für den Rettungsdienst als auch für die Feuerwehr wahrgenommen werden. Dabei erledigt das eingesetzte Personal sowohl die Aufgaben für den Rettungsdienst als auch für die Feuerwehr. Gleichzeitig kommt eine einheitliche Leitstellentechnik zum Einsatz. In organisatorischer Hinsicht bedeutet dies nach den geltenden

gesetzlichen Bestimmungen die Einrichtung einer Integrierten Leitstelle für die Feuerwehr und den Rettungsdienst in gemeinsamer, gleichberechtigter Trägerschaft von Landkreis und Rettungsdienstorganisation (§ 4 Abs. 1 FwG, § 6 Abs. 1 Satz 4 RDG, Kapitel V, Abschnitt 3.2). Die Einrichtung, der Standort, die Aufgaben, der Betrieb sowie die Finanzierung und Kostenverteilung einer Integrierten Leitstelle sind von den Trägern der Integrierten Leitstelle gemeinsam in einer Vereinbarung festzulegen. Die Kostenträger des Rettungsdienstes sind rechtzeitig einzubinden. Die Vereinbarung ersetzt die Standortfestlegung durch den Bereichsausschuss (vergleiche § 3 Abs. 3, § 6 Abs. 1 RDG). Bei einer in Abstimmung mit den Kostenträgern aus dieser Vereinbarung ergebenden Kostenverteilung ist diese von dem Bereichsausschuss bei der Festlegung des Leitstellenentgelts zu beachten.

3.4 Personelle und sächliche Ausstattung

Die personelle und sächliche Ausstattung der Integrierten Leitstelle muss so bemessen sein, dass sämtliche der in Abschnitt. 3.1 und 3.2 genannten Aufgaben ständig erfüllt werden können.

In einer Integrierten Leitstelle sind mindestens zwei Personen gleichzeitig einzusetzen, die mindestens die Qualifikation gemäß den „Gemeinsamen Hinweise zur Leitstellenstruktur der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr“ in der jeweils geltenden Fassung besitzen.

Eine Übersicht über alle Organisationszusammenhänge im Rettungsdienstbereich sowie ein ausreichender Überblick über das technische und personelle Einsatzpotenzial sind für eine Tätigkeit in der Integrierten Leitstelle Voraussetzung. Zur optimalen Einsatzsteuerung sind außerdem umfassende Ortskenntnisse, Dispositionsfähigkeit und die technische Unterweisung an der Nachrichtenabfrage in einer Integrierten Leitstelle erforderlich (vergleiche § 16 der Dienstanweisung für Integrierte Leitstellen in Baden-Württemberg vom 20. Juni 1991 in der jeweils geltenden Fassung). Zur Unterstützung der Disponenten ist die Integrierte Leitstelle mit einem grafischen Informationssystem auszustatten, über das die Position und die Einsatzbereitschaft der Rettungsmittel auch bereichsübergreifend dargestellt wird (Flottenmanagementsystem).

Das Personal der Integrierten Leitstelle muss jährlich an der gesetzlichen 30-stündigen Fortbildungspflicht teilnehmen (§ 9 Abs. 3 RDG). Der vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossene (Mindest-) Inhalt der Fortbildung in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.

Es sind organisatorische Maßnahmen zu treffen, dass im Bedarfsfall (insbesondere im Großschadenfall) die Integrierte Leitstelle durch entsprechend qualifiziertes Personal verstärkt werden kann. Die Qualifikation ergibt sich aus den Gemeinsamen Hinweisen zur Leitstellenstruktur der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr in der jeweils geltenden Fassung.

3.5 Finanzierung der Integrierten Leitstelle durch Entgelte

Die Integrierte Leitstelle erhebt für die Vermittlung von Einsätzen von allen Leistungserbringern im Rettungsdienst (von allen gesetzlichen Leistungsträgern und von allen zugelassenen privaten Unternehmen) Entgelte, die vom Bereichsausschuss jährlich festgelegt werden.

- (1) Für jeden Einsatz (vollständige Versorgung eines Patienten im Rettungsdienst) wird nur ein Leitstellenentgelt für die Einsatzvermittlung abgerechnet.
- (2) Das Entgelt für einen vermittelten Einsatz erhält diejenige Integrierte Leitstelle, die das erste Rettungsfahrzeug für Luft- oder Straßentransport disponiert.
- (3) Das Entgelt für die Einsatzvermittlung wird demjenigen Leistungserbringer in Rechnung gestellt, der das erste Rettungsfahrzeug für den Luft- oder Straßentransport stellt.
- (4) Wenn kein Luft- oder Straßentransport stattfindet, wird das Leitstellenentgelt für die Einsatzvermittlung von dem Berg- und dem Wasser-Rettungsdienst im Rahmen einer Privatrechnung dem Patienten in Rechnung gestellt.

3.6 Festlegung der Höhe des Leitstellenentgelts

Unter Beachtung der allgemeinen Grundsätze und Maßstäbe für eine wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes werden Standort sowie personelle und sächliche Ausstattung der Integrierten Leitstelle nach § 6 Abs. 1 Sätze 4 und 5 RDG in der Trä-

gerschaftsvereinbarung zwischen den Trägern der Integrierten Leitstelle festgelegt. Die Kostenträger für den Rettungsdienst sind rechtzeitig einzubinden. Die Trägerschaftsvereinbarung ist vor der Unterzeichnung den Kostenträgern im Rettungsdienst vorzulegen.

Der Träger der Integrierten Leitstelle für den Rettungsdienst ermittelt sämtliche Kosten der Integrierten Leitstelle beziehungsweise des rettungsdienstlichen Anteils der Integrierten Leitstelle und stellt im Bereichsausschuss einen Antrag auf Festsetzung entsprechender Leitstellenentgelte. Dazu gehören sämtliche Investitionskosten und Betriebskosten, wobei unter die Betriebskosten auch die Personalkosten zu subsumieren sind. Bei einer Abstimmung der in einer Trägerschaftsvereinbarung festgelegten Kostenverteilung mit den Kostenträgern ist diese bei der Festsetzung des Leitstellenentgelts maßgebend.

Bei Integrierten Leitstellen wird vom Innenministerium eine hälftige Kostenteilung sowohl bei den Investitionskosten als auch bei den Betriebskosten empfohlen, um dem Vorhalteaufwand auf beiden Seiten gerecht zu werden. Dieser Grundsatz schließt es nicht aus, dass sich aufgrund unterschiedlicher beziehungsweise differierender Aufgaben und Organisationsstrukturen vor Ort andere Kostenmaßstäbe ergeben.

Zusätzliche Einnahmen und Ausgaben der Integrierten Leitstelle durch die Übernahme weiterer Aufgaben nach § 6 Abs. 4 RDG sind in den gesamten Betriebskosten zu berücksichtigen; danach ist der Kostenanteil des jeweiligen Trägers zu ermitteln.

Auf der Grundlage der ermittelten Kosten werden durch den Bereichsausschuss die Entgelte für die Vermittlung der einzelnen Einsätze im Rettungsdienst jährlich festgelegt. Die Entgelte müssen für jede Integrierte Leitstelle gesondert festgelegt werden. Es ist stets die individuelle Kostensituation im jeweiligen Rettungsdienstbereich maßgebend.

Sofern im Bereichsausschuss kein antragsgemäßer Beschluss erfolgt, kann vom Träger der Integrierten Leitstelle für den Rettungsdienst als Antragsteller entsprechend § 28 Abs. 5 RDG die Schiedsstelle angerufen werden. Im Schiedsstellenverfahren selbst müssen die einzelnen Kostenfaktoren detailliert begründet werden.

3.7 Übernahme weiterer Aufgaben

Die Ausübung freiwilliger Aufgaben nach § 6 Abs. 4 RDG ist neben der Voraussetzung voller Kostendeckung nur zulässig, soweit der originäre Sicherstellungsauftrag der Integrierten Leitstelle dies zulässt, ein Sachzusammenhang mit den originären Aufgaben der Integrierten Leitstelle gegeben ist und freie Personalkapazitäten bestehen. Dies ist von allen Leitstellenträgern, insbesondere im Rahmen der Trägerschaftsvereinbarung sowie in weiteren Vereinbarungen oder Satzungen zum Beispiel zum Betrieb einer Integrierten Leitstelle zu beachten.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist durch die Integrierten Leitstellen zu vermitteln, weil durch die Verzahnung der Notarztsysteme mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst eine Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit bei der präklinischen Patientenversorgung erreicht wird.

4. Leitstellen mit besonderen Aufgaben

Gemäß § 6 Abs. 5 RDG hat das Land in Baden-Württemberg die Einrichtung folgender besonderer Leitstellen vereinbart.

4.1 Oberleitstelle Baden-Württemberg

Die Oberleitstelle des Rettungsdienstes unterstützt die Integrierten Leitstellen in Baden-Württemberg bei besonderen Einsätzen wie beispielsweise bei einem Großschadenfall mit einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten. Zur Vorbereitung dieser Aufgabe als Alarmzentrale erhält sie aus den einzelnen Rettungsdienstbereichen Aufstellungen über die personellen und materiellen Ressourcen einschließlich deren Erreichbarkeit auf der Grundlage der aktuellen Bereichspläne sowie Informationen über die strukturelle Behandlungs- und Bettenkapazität der Akutkrankenhäuser. Ferner hält sie auf Landesebene Verbindung zu den anderen im Notfall tätigen Organisationen und Behörden wie Polizei, Feuerwehr, Lagezentrum im Innenministerium, den Hilfsorganisationen mit Sicherheitsaufgaben und den Einrichtungen des Katastrophenschutzes.

Die Aufgaben im Einzelnen:

- Verbindungsstelle zu

- (1) Polizei,
- (2) Feuerwehr,
- (3) Katastrophenschutz,
- (4) THW,
- (5) Wehrbereichskommando / Wehrbereichsverwaltung,
- (6) Integrierte Leitstellen des Landes und Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte (ZKS),
- (7) Luftrettungszentren des Landes,
- (8) Alarmzentrale DRF,
- (9) SAR-Leitstelle der Bundeswehr in Münster und
- (10) Oberleitstellen anderer Bundesländer

} Lagezentrum im
Innenministerium

- Führen einer landesweiten Übersicht *einschließlich* der Erreichbarkeit von

- (1) Rettungsdienstpersonal,
- (2) Rettungsfahrzeugen im Dienst,
- (3) Luftrettungsmitteln (RTH, ITH, GRH),
- (4) Reservefahrzeugen,
- (5) Schnelleinsatzgruppen des Katastrophenschutzes einschließlich deren Qualifikation,
- (6) zusätzlichen Einsatzstrukturen der Hilfsorganisationen mit Sicherheitsaufgaben und
- (7) zusätzlichem Sanitätsmaterial.

- Führen einer zentralen Übersicht über die Akutkrankenhäuser

- (1) Behandlungs- und Bettenkapazität (kein Bettennachweis, sondern strukturelle Informationen), vergleiche Krankenhausplan des Landes,
- (2) Verbindungsstelle zum bundesweiten Bettennachweis für Schwerbrandverletzte,
- (3) Bettennachweis für besondere Erkrankungen (beispielsweise Infektionsbetten, Strahlenbetten), vergleiche Krankenhausplan des Landes.

- Entgegennahme und Umsetzung von besonderen Hilfeanforderungen und bedarfsgerechte (bereichsübergreifende) Alarmierung von
 - (1) qualifiziertem Rettungsdienstpersonal,
 - (2) Rettungsfahrzeugen,
 - (3) Luftrettungsmitteln,
 - (4) Schnelleinsatzgruppen,
 - (5) Sanitätsmaterial (auch Antidote) und
 - (6) Krankenhäusern.

Die Trägerschaft der Oberleitstelle Baden-Württemberg ist dem DRK Landesverband Baden-Württemberg übertragen worden. Die Oberleitstelle ist in der Integrierten Leitstelle Stuttgart eingerichtet und über die Integrierte Leitstelle Stuttgart erreichbar.

4.2 Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte (ZKS) Baden-Württemberg

Für die Vermittlung aller Intensivtransporte in Baden-Württemberg wurde in gemeinsamer Trägerschaft der DRK Landesverbände Baden-Württemberg und Badisches Rotes Kreuz sowie der DRF Luftrettung die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte eingerichtet (§ 6 Abs. 5 RDG). Standort der ZKS ist in Rheinmünster.

Die Aufgaben und Befugnisse der ZKS ergeben sich aus den vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossenen Grundsätzen zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg in der jeweils gültigen Fassung.

5. Rettungswachen

5.1 Funktion

In einer Rettungswache werden die im Bereichsplan festgeschriebenen Rettungsfahrzeuge der Notfallrettung sowie die Fahrzeuge für den Krankentransport jeweils mit dem erforderlichen Personal einsatzbereit stationiert (vergleiche § 7 Abs. 1 RDG).

Anmerkung: Nach Art. 2 Nr. 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes (GBl. 1998 Seite 413, 418) sind die Rettungswachen der privaten Unternehmer nachrichtlich in den Bereichsplan aufzunehmen.

5.2 Anzahl und Standorte

Anzahl und Standorte der bedarfsgerechten Rettungswachen sind so zu bemessen, dass die in § 3 Abs. 2 RDG festgelegte Planungsgröße (vergleiche Kapitel III, Abschnitt 2) eingehalten werden kann. Für die Größe des Versorgungsbereiches einer Rettungswache sind in erster Linie der Stand der Verkehrserschließung und topographische Gegebenheiten maßgeblich. Die Versorgungsbereiche der Rettungswachen sind bereichsübergreifend abzustimmen.

Daneben sind einsatztaktische Gesichtspunkte, wie die Lage im Straßenverkehrsnetz, die Lage im Schwerpunkt des Einsatzaufkommens, topographische Grenzen (zum Beispiel Täler, Flüsse) und auch wirtschaftliche Gesichtspunkte, wie Anbindung an ein Krankenhaus oder an bestehende Einrichtungen (beispielsweise Feuerwehr) zu berücksichtigen. Rettungswachen sollen so verteilt sein, dass die Grenze des Versorgungsbereichs innerhalb der Hilfsfrist zu erreichen ist (§ 3 Abs. 2 RDG).

5.3 Sächliche Ausstattung

Die sächliche Ausstattung der Rettungswachen wird durch den Bereichsausschuss für den Rettungsdienst im Rahmen der "Allgemeinen Grundsätze des Landesausschusses" in der jeweils geltenden Fassung festgelegt. Hinsichtlich der baulichen Ausstattung wird auf die Anlage 2 der Förderrichtlinien für den Rettungsdienst (FRL-RD) verwiesen. Im Übrigen sind die allgemein anerkannten Regeln der Technik zu beachten.

5.4 Mehrzweckfahrzeugstrategie

In den Rettungsdienstbereichen ist zur Sicherstellung der Notfallversorgung sowie des Krankentransportes eine bedarfsgerechte, ausreichende Anzahl von Rettungsmitteln wie in Kapitel III, Abschnitt 4 und Kapitel IV, Abschnitt 2 festgelegt, vorzuhalten. Zur Sicherstellung einer guten Versorgung sind künftig keine Systeme gemäß Satz 1 (getrenntes System) in ein Mehrzweckfahrzeugsystem umzustellen. Bereits vorhandene Mehrzweckfahrzeugsysteme sollen, soweit diese nicht für eine bessere Versorgung der Bevölkerung zweckmäßig sind, stufenweise und sozialverträglich abgelöst werden.

6. Einrichtungen der Luftrettung

6.1 Luftrettungszentren

Luftrettungszentren sind Hubschrauberstandorte, von denen aus Einsätze im Rahmen der Luftrettung zur Unterstützung des bodengebundenen Rettungsdienstes geflogen werden. Dadurch soll eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung durch die Luftrettung sichergestellt werden. Je nach Leistungsfähigkeit der Rettungshubschrauber werden Einsatzradien von 60 bis 70 Kilometern festgelegt.

6.2 Rettungshubschrauberstandorte

Innerhalb von Baden-Württemberg werden folgende fünf Standorte (zugleich Luftrettungszentren) für Rettungshubschrauber festgesetzt (§ 3 Abs. 2 Satz 4 RDG):

- Karlsruhe (St. Vincentius-Krankenhaus),
- Leonberg (Kreiskrankenhaus),
- Friedrichshafen (Städtisches Krankenhaus),
- Ulm (Bundeswehrkrankenhaus) und
- Villingen-Schwenningen (Klinikum Villingen-Schwenningen).

Die in anderen Bundesländern stationierten Rettungshubschrauber sowie Rettungshubschrauber aus dem benachbarten Ausland mit entsprechender Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 RDG tragen zur Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg bei.

6.3 Standorte der Intensivtransporthubschrauber

Innerhalb von Baden-Württemberg sind an folgenden Standorten Intensivtransporthubschrauber stationiert:

- Stuttgart,
- Mannheim und
- Freiburg.

VI. Ausstattung der Rettungsfahrzeuge

1. Bodengebundener Rettungsdienst

1.1 Personelle Ausstattung

Jedes Rettungsfahrzeug (NAW, NEF, RTW, KTW) des bodengebundenen Rettungsdienstes ist mit geeignetem Personal zu besetzen, so dass die fachgerechte Versorgung und Betreuung von Notfallpatienten, anderen Kranken, Verletzten oder sonst Hilfebedürftigen gewährleistet ist. NAW, RTW und KTW sind mit mindestens zwei geeigneten Personen zu besetzen.

Bei der Notfallrettung mit RTW hat mindestens ein Rettungsassistent den Patienten zu betreuen. Die zweite Person soll über die Qualifikation eines Rettungsassistenten verfügen. Beim Krankentransport hat mindestens ein Rettungsassistent den Patienten zu betreuen; die zweite Person soll mindestens die Qualifikation zum Rettungshelfer innehaben (§ 9 Abs. 2 RDG; siehe auch Landtagsdrucksache 14/4840). Bisher als zweite Person eingesetzte Personen haben einen Bestandsschutz; auf eine entsprechende Nachqualifizierung sollen die Leistungsträger und Leistungserbringer hinwirken.

Das NEF ist neben dem Notarzt mit einem Rettungsassistenten oder einer gleich geeigneten Person zu besetzen (§ 9 Abs. 1 RDG). Gleich geeignet bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die vorhandene Qualifikation mindestens der eines Rettungsassistenten entsprechen muss. Anstelle eines Rettungsassistenten kommen für die Besetzung des NEF insbesondere Fachpflegekräfte für Intensivpflege und Anästhesie in Frage; rettungsdienstliche Grundkenntnisse sind dienlich.

Die Besetzung der vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossenen ITW bestimmt sich nach den Grundsätzen zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung.

1.2 Sächliche Ausstattung

Die Rettungsfahrzeuge und deren Ausstattung müssen bei der Anschaffung den jeweils geltenden rechtlichen und technischen Normen sowie dem Stand der Notfallmedizin entsprechen. Darüber hinausgehende wesentliche rettungsdienstliche Entwicklungen werden zeitnah innerhalb der Gremien des Landesausschusses für den Rettungsdienst beraten und beschlossen.

2. Luftrettung

2.1 Personelle Ausstattung

Hubschrauber sind im Einsatz mit einem Piloten, einem Notarzt und einem Rettungsassistenten/HEMS Crew Member oder einer gleich geeigneten Person zu besetzen (vergleiche § 9 Abs. 1 RDG). Anstelle eines Rettungsassistenten kommen für die Besetzung insbesondere Fachpflegekräfte für Intensivpflege und Anästhesie in Frage.

Die Besetzung der ITH bestimmt sich nach den Grundsätzen des Landesausschusses für den Rettungsdienst zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung.

Ferner sind die luftverkehrsrechtlichen Vorschriften zu beachten.

2.2 Sächliche Ausstattung

Rettungshubschrauber und Intensivtransporthubschrauber müssen entsprechend den jeweils geltenden rechtlichen und technischen Normen ausgestattet sein und dem Stand der Notfallmedizin entsprechen.

VII. Besonderheiten in der Luftrettung, im Berg-Rettungsdienst und im Wasser-Rettungsdienst

1. Luftrettung

Rettungshubschrauber und Intensivtransporthubschrauber stehen in der Regel von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang zur Verfügung. Das eingesetzte Personal unterliegt den luftfahrtrechtlichen Vorgaben und Kontrollen. Rettungshubschrauber und Intensivtransporthubschrauber, die in der Primärrettung zum Einsatz kommen, werden über die Integrierte Leitstelle angefordert, in deren Bereich sich der Notfall ereignet hat.

2. Berg-Rettungsdienst

Die Bergrettung ist ganzjährig tätig (siehe Kapitel III, Abschnitt 4.4). Die Bergrettung ist in Bereitschaften/Ortsgruppen gegliedert, denen bestimmte Einsatzgebiete zugewiesen werden und die in Verbindung mit festen und mobilen Einrichtungen den unterschiedlichen Einsatzanforderungen flexibel gerecht werden. Die Gruppen bestehen grundsätzlich aus ehrenamtlichen Helfern.

Bergrettungswachen sind sachgerecht für bestimmte Einsatzgebiete und Einsatzorte vorgesehen. Die Standorte sind vor Beratung im Bereichsausschuss mit dem Innenministerium abzustimmen.

Bei Einsätzen im Gebirge und unwegsamem Gelände ist von der Integrierten Leitstelle gleichzeitig die Bergwacht zu alarmieren, sofern im Rettungsdienstbereich oder in einem benachbarten Rettungsdienstbereich vorhanden.

3. Wasser-Rettungsdienst

Der Wasser-Rettungsdienst ist das ganze Jahr über tätig. In den Sommermonaten ist dies hauptsächlich die Rettung von Personen aus Gewässern, in den Wintermonaten hauptsächlich die Eisrettung bei Einbrüchen. Einsatzorte sind die Gewässer, insbesondere Badeplätze im Land, bei denen keine Verkehrssicherungspflicht eines Betreibers besteht. Durch Zahl, Größe und Frequentierung der zu überwachenden Gewässer wird der Personalbedarf des Wasser-Rettungsdienstes bestimmt; auch hier handelt es sich grundsätzlich um ehrenamtliche Helfer.

Der Wasser-Rettungsdienst ist im Wesentlichen von mobilen Stationen aus durchzuführen, die an den jeweiligen Gewässern zeitweise errichtet werden, während das Material in zentralen Stationen gelagert wird. Neben den eigentlichen Wasserrettungsmitteln (Boote, Rettungsbretter usw.) sind daher Transportmöglichkeiten für dieses Material erforderlich. Die Wasserrettungswachen sind fernmeldetechnisch in geeigneter Weise mit der jeweils örtlich zuständigen Integrierten Leitstelle zu verbinden. Desgleichen ist durch eine entsprechende fernmeldetechnische Ausstattung die Alarmierung der Bereitschaftsgruppen zu sichern.

Die Standorte der Wasserrettungswachen sind vor Beratung im Bereichsausschuss mit dem Innenministerium abzustimmen.

Die Aufgaben des Wasser-Rettungsdienstes sind in Abgrenzung zu den Einsatzbereichen und Aufgaben der Feuerwehr in der Konzeption über die Durchführung des Wasser-Rettungsdienstes in Baden-Württemberg, die in der jeweils geltenden Fassung zu beachten ist, konkretisiert (siehe Kapitel III, Abschnitt 4.5).

4. Hilfsfrist

Die besonderen Bedingungen der Luftrettung, des Berg- und des Wasser-Rettungsdienstes lassen die vorgeplante Einhaltung einer Hilfsfrist in der Regel nicht zu.

5. Mitwirkung der Bereichsausschüsse

Voraussetzung für die Landesförderung von baulichen Einrichtungen des Berg- und des Wasser-Rettungsdienstes ist ein Beschluss des Bereichsausschusses; das für die Förderung zuständige Innenministerium ist von den Landesverbänden der Wasserrettung und der Bergrettung vor Beschlussfassung durch den jeweiligen Bereichsausschuss einzubinden.

Die Spezialorganisationen haben, sofern sie nicht stimmberechtigtes Mitglied sind, das Recht, an den Sitzungen des jeweiligen Bereichsausschusses mit beratender Stimme teilzunehmen. Die Einrichtungen der Spezialorganisationen sind im Bereichsplan aufzuführen.

VIII. Mitwirkung von Ärzten im Rettungsdienst

1. Notärzte

1.1 Funktion und Qualifikation

Der Notarzt ist ein im Rettungsdienst zur fachgerechten, notfallmedizinischen Versorgung von erkrankten und verletzten Personen tätiger Arzt, der über eine besondere Qualifikation verfügen muss. Die Eignungsvoraussetzungen werden durch Satzung der Landesärztekammer festgelegt.

1.2 Hilfsfrist

Vom Bereichsausschuss sind planerisch die Voraussetzungen zu schaffen, dass jeder an einer Straße liegende Notfallort im Land innerhalb der Hilfsfrist (siehe Kapitel III, Abschnitt 2) von einem für den Notfall ausgerüsteten Notarzt erforderlichenfalls erreicht werden kann. Hierzu hat der Bereichsausschuss festzulegen, an welchen Standorten Notarztsysteme, die gemäß § 9 RDG personell besetzt sind, bedarfsgerecht einzurichten sind.

Auf die vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossenen Grundsätze zur planerischen Hilfsfrist in der jeweils geltenden Fassung wird hingewiesen.

Die notwendigen Vorhalteergänzungen nach Ziffer 1.3 haben unter Abwägung von Qualität und Wirtschaftlichkeit stattzufinden.

1.3 Organisation und Kosten des Notarztdienstes

Dem Bereichsausschuss obliegt die Beobachtung und Beratung der Angelegenheiten des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich sowie deren Regelung mit Ausnahme der Luftrettung, die planerische Sicherstellung der notärztlichen Versorgung einschließlich der Gewinnung von Ärzten (§ 5 Abs. 3 RDG). Dies umfasst gemäß §§ 3 und 10 RDG die Tätigkeit des Bereichsausschusses, gemeinsam mit Leistungsträgern, Krankenhausträgern und Kassenärztlicher Vereinigung unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und der Kriterien der Qualitätssicherung qualifizierte Ärzte zur Mitwirkung im Rettungsdienst zu gewinnen.

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen. Der Kostenausgleich umfasst auch die Kosten der erforderlichen Fort- und Weiterbildung des ärztlichen Personals der Krankenhäuser für den Notarztdienst (§ 10 Abs. 1 RDG).

Die niedergelassenen / freiberuflich tätigen Ärzte wirken ergänzend im Rettungsdienst mit. Leistungsträger, Krankenhausträger, Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung treffen im Benehmen mit dem Bereichsausschuss Vereinbarungen über die Organisation des Notarztsystems im Rettungsdienstbereich (§ 10 Abs. 1 und 3 RDG). In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Mitwirkungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung verwiesen. Dabei ist es erforderlich, dass den ergänzend im Rettungsdienst mitwirkenden niedergelassenen / freiberuflichen Ärzten von einer Rettungsdienstorganisation ein Fahrzeug gestellt wird, oder dass sie den Notfallort mit dem eigenen Fahrzeug erreichen, das von der Integrierten Leitstelle mittels BOS-Funk geleitet wird.

Die durch den Einsatz des Notarztes entstehenden Kosten sind Gegenstand der „Rahmenvereinbarung über die Mitwirkung von an der vertragsärztlichen Versorgung teil-

nehmenden Ärzten (Vertragsärzten) und Nichtvertragsärzten sowie von Krankenhausärzten im Rettungsdienst nach § 10 RDG“ in der jeweils geltenden Fassung. Bei einer gegebenenfalls notwendigen Einbindung niedergelassener / freiberuflich tätiger Ärzte ist auf Ebene des Bereichsausschusses eine den regionalen Gegebenheiten angepasste Vergütung zu vereinbaren.

Die Empfehlung des Landesausschusses für den Rettungsdienst „Notärztliche Versorgung“ in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.

2. Leitende Notärzte

Zur Tätigkeit der Notärzte als Leitende Notärzte wird auf Kapitel III, Abschnitt 5 verwiesen.

IX. Genehmigungsverfahren bei Notfallrettung und Krankentransport

1. Allgemeines

Die Notfallrettung ist im Rahmen eines Verwaltungsmonopols den gesetzlichen Leistungsträgern nach § 2 Abs. 1 RDG vorbehalten, während im Bereich des Krankentransports eine Gleichstellung von gesetzlichen Leistungsträgern und privaten Rettungsdienstunternehmen besteht.

Der Genehmigungspflicht unterliegen - abgesehen von den Ausnahmebestimmungen des § 15 Abs. 3 und 4 RDG - grundsätzlich alle Unternehmer und Organisationen, die Krankentransport betreiben, also nicht nur die privaten Unternehmer im Rettungsdienst, sondern auch die Organisationen, die den Rettungsdienst als Leistungsträger auf der Grundlage von § 2 RDG durchführen.

Auch die privaten Unternehmer, die mit bestandsgeschützten Kapazitäten am Betrieb der Notfallrettung teilnehmen, bedürfen dafür einer Genehmigung. Sie haben Anspruch auf Verlängerung der Genehmigung, sofern die Voraussetzungen nach § 16 RDG weiterhin erfüllt sind. Für Leistungsträger nach § 2 Abs. 1 ist für die Durchführung der Notfallrettung keine Genehmigung erforderlich. Sie haben die Aufnahme des Betriebs der

Notfallrettung der nach § 22 RDG zuständigen Behörde unter Einhaltung der Festlegungen des Bereichsplans anzuzeigen.

Zu den von der Genehmigungspflicht ausgenommenen Hoheitsträgern, die in Wahrnehmung eigener Aufgaben handeln, gehören die Sanitätsdienste der Bundeswehr, der Polizei sowie die Stadt- und Landkreise im Falle des § 2 Abs. 3 RDG. Auch der betriebliche Rettungsdienst, der im Rahmen der gesetzlichen Unfallverhütungsvorschriften als "Selbstversorgungssystem" vorgehalten wird, ist für den betrieblichen Bereich nicht genehmigungspflichtig. Bei der Teilnahme am öffentlichen Verkehr ist jedoch eine Genehmigung für Krankentransport erforderlich.

2. Genehmigungsvoraussetzungen

2.1 Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 RDG)

Die Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes wird maßgeblich durch die wirtschaftlichen Verhältnisse des Unternehmers bestimmt. Für die Vorhaltung der Geschäftseinrichtungen, der Fahrzeuge und des Personals muss eine ausreichende wirtschaftliche Grundlage gegeben sein. Die Anforderungen an die Ausstattung der Rettungsfahrzeuge richtet sich nach Kapitel VI (siehe auch § 29 Abs. 2 RDG).

2.2 Zuverlässigkeit des Antragstellers (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 RDG)

Eine Genehmigung kann nur erteilt werden, wenn der Unternehmer beziehungsweise die zur Führung der Geschäfte bestellte Person zuverlässig ist. Ob diese Zuverlässigkeit gegeben ist, ist anhand des Gesamtsachverhaltes und der Gesamtpersönlichkeit des Unternehmers (Geschäftsführers) zu beurteilen. Es kommt deshalb nicht nur auf eine entsprechende Qualifikation im Rahmen des Rettungsdienstes an, vielmehr muss sich aus der gesamten Lebensführung ergeben, dass der Unternehmer (Geschäftsführer) die an ihn gestellten Anforderungen erfüllen kann. Der hierbei anzulegende Maßstab ist mit Rücksicht auf die im Krankentransport und in der Notfallrettung betroffenen Rechtsgüter Leben und Gesundheit streng zu fassen. § 21 Abs. 2 RDG nennt beispielhaft besonders schwere Fälle der Unzuverlässigkeit.

2.3 Fachliche Eignung (§ 16 Abs. 1 Nr. 3 RDG)

Bei den in § 2 Abs. 1 RDG genannten Organisationen kann die geforderte fachliche Eignung grundsätzlich als gegeben angesehen werden. Eine Eignungsfeststellung bei anderen Unternehmen ist in der Regel nur dann erforderlich, wenn erstmals eine Genehmigung erteilt werden soll. Hat dagegen ein Antragsteller schon bisher beispielsweise Krankentransporte auf der Grundlage einer Genehmigung nach dem Personenbeförderungsgesetz durchgeführt, ohne dass es zu fachlichen Beanstandungen gekommen ist, braucht er für die Erteilung der Genehmigung nach dem Rettungsdienstgesetz keine Prüfung abzulegen.

Bei Anträgen für Genehmigungen zum Krankentransport ist die Verordnung des Landes über die fachliche Eignung von Krankentransportunternehmern in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Bei Genehmigungsverfahren zur Durchführung von Krankentransporten mit Luftfahrzeugen müssen in der Person des Unternehmers beziehungsweise des Geschäftsführers neben der entsprechenden rettungsdienstlichen Qualifikation die luftverkehrsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sein (vergleiche § 29 Abs. 1 Satz 1 und 3 RDG).

3. Umfang der Genehmigung

Die Genehmigung zum Verkehr mit Krankenkraftwagen wird personen- und fahrzeugbezogen erteilt und weist einen bestimmten Betriebsbereich zu, der im Regelfall deckungsgleich mit einem Rettungsdienstbereich beziehungsweise einem Teil davon ist (vergleiche §§ 17, 18 RDG). Soll der Betriebsbereich überschritten werden, ist eine Ausnahmegenehmigung erforderlich (vergleiche § 18 Satz 4 RDG). Bei der Genehmigung der Durchführung von Notfallrettung und Krankentransport mit Luftfahrzeugen gilt § 17 RDG entsprechend, wobei der Betriebsbereich des Luftfahrzeugs im Einzelfall festgelegt wird (vergleiche § 29 Abs. 1 RDG).

Die Genehmigung enthält zwingend bestimmte Nebenbestimmungen (siehe § 20 Abs. 1 RDG) und kann fakultativ weitere Nebenbestimmungen festlegen (siehe § 20 Abs. 2 RDG). Als Nebenbestimmung beim Verkehr mit Krankenkraftwagen ist insbesondere vorzusehen, dass sich der Unternehmer sämtliche Einsätze über die für seinen Be-

triebsbereich zuständige Integrierte Leitstelle vermitteln lassen muss (Vermittlungsmopol). Der Unternehmer soll darüber hinaus verpflichtet werden, den örtlichen Bereichsausschuss über den Ausstattungs- und Auslastungsgrad seiner Fahrzeuge zu unterrichten. Der Unternehmer hat ein Anhörungsrecht im örtlichen Bereichsausschuss.

Die sich aus der Genehmigung ergebenden Pflichten sind im Einzelnen im Vierten Abschnitt des RDG (siehe §§ 23 ff.) geregelt.

Schließlich sieht das Gesetz zwingende Rücknahme- und Widerrufsgünde der Genehmigung vor (siehe § 21 Abs. 1 bis 3 RDG).

4. Zuständigkeiten

Zuständige Genehmigungsbehörden für die Durchführung von Notfallrettung und Krankentransport mit Krankenkraftwagen sind die Landratsämter und Bürgermeisterämter der Stadtkreise als untere Verwaltungsbehörden (vergleiche § 22 Abs. 1 RDG). Bei der Durchführung von Notfallrettung, Krankentransport und Intensivtransport mit Luftfahrzeugen ist das Innenministerium zuständig (vergleiche § 29 Abs. 3 RDG).

X. Kosten und Finanzierung des Rettungsdienstes

1. Allgemeines

Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Einrichtungen des Rettungsdienstes bedarf es eines geregelten Finanzierungssystems.

Die Finanzierung des Rettungsdienstes ist im Fünften und Sechsten Abschnitt des Rettungsdienstgesetzes geregelt (vergleiche §§ 26 ff., § 30 RDG). Es handelt sich dabei um ein so genanntes duales Finanzierungssystem, das heißt die Kosten des Rettungsdienstes werden zum einen mittels öffentlicher Förderung getragen, die dem Land obliegt (vergleiche §§ 26, 30 Abs. 1 RDG), zum anderen durch die den Rettungsdienst in Anspruch Nehmenden beziehungsweise durch deren Krankenversicherung (vergleiche §§ 28, 30 Abs. 2 RDG).

Die öffentliche Förderung findet im Wesentlichen im Bereich der Investitionskosten für die Einrichtungen des Rettungsdienstes statt. Bei dem Berg- und dem Wasser-Rettungsdienst sind zudem die Kosten für die Beschaffung der notwendigen Rettungsmittel förderfähig (vergleiche § 30 Abs. 1 RDG).

Die Finanzierung über Benutzungsentgelte beinhaltet insbesondere die laufenden Betriebskosten einschließlich der Mietkosten, die Investitionskosten für Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes und der Luftrettung sowie anteilige Kosten für den Rettungsdienst bei den Kosten der Integrierten Leitstellen.

2. Öffentliche Förderung von Einrichtungen des Rettungsdienstes

2.1 Förderrichtlinien-Rettungsdienst

Welche Kosten für Einrichtungen des Rettungsdienstes förderfähig sind, regelt § 26 Abs. 2 bis 4 RDG beziehungsweise § 30 Abs. 1 RDG. Demnach wird insbesondere die Errichtung von baulichen Anlagen des Rettungsdienstes gefördert, einschließlich der betriebsnotwendigen Ausstattung (im Bereich des Berg- und des Wasser-Rettungsdienstes auch deren Erhaltung und Wiederherstellung). Ferner sind im Rahmen der Innovationsförderung Kosten von Projekten zur technischen oder organisatorischen Weiterentwicklung des Rettungsdienstes förderfähig.

Einzelheiten, insbesondere Art, Inhalt und Umfang der Förderung sowie das entsprechende Verfahren sind in den „Richtlinien über die Förderung von Investitionen nach dem Rettungsdienstgesetz (RDG) - Förderrichtlinien-Rettungsdienst (FRL-RD)“ in der jeweils geltenden Fassung geregelt.

2.2 Förderungsvoraussetzungen

Grundsätze von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit

Die Förderung der genannten Kosten erfolgt allerdings unter der Prämisse, dass diese bei Anwendung der Grundsätze von Zweckmäßigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlich-

keit gerechtfertigt sein müssen. Bezogen auf den Auftrag der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit den Leistungen des Rettungsdienstes bedeutet dies, dass sich die bedarfsgerechte Versorgung an den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit orientieren muss. Diese Grundsätze sind wiederum darauf ausgerichtet, dass ein qualitativ hoher Standard des Rettungsdienstes nur mit dem dafür notwendigen Mitteleinsatz aufrechterhalten wird.

2.3 Aufnahme in ein Jahresförderprogramm

Gemäß § 26 Abs. 4 RDG werden die Investitionen gefördert, die in das Jahresförderprogramm des Landes für den Rettungsdienst aufgenommen sind. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die öffentliche Förderung vom Vorhandensein entsprechender Fördermittel abhängt. Dementsprechend richtet sich das Fördervolumen nach den im Staatshaushaltsplan veranschlagten Mitteln. Sollten die im Landeshaushalt eingestellten Haushaltsmittel und Verpflichtungsermächtigungen nicht ausreichen, um den jeweiligen Gesamtbedarf abzudecken, hat das Programm eine Steuerungs- und Verteilungsfunktion.

3. **Benutzungsentgelte**

Die bei der Durchführung des Rettungsdienstes entstehenden Kosten sind gemäß § 28 RDG über Benutzungsentgelte zu finanzieren, sofern sie nicht über die Fördertatbestände gemäß § 26 RDG vom Land getragen werden. Die Kostenträger begleichen die von den Leistungsträgern erbrachten Leistungen über die vereinbarten Benutzungsentgelte. Die Benutzungsentgelte werden in jedem Rettungsdienstbereich auf der Grundlage der vorgelegten Kostenkalkulationen gemäß § 28 Abs. 4 RDG vereinbart. Dabei werden die Benutzungsentgelte in der Notfallrettung in einheitlicher Höhe auf der Basis der vom Landesausschuss vorgegebenen Kostenblätter zwischen den Kostenträgern und den Leistungsträgern festgelegt, während im Krankentransport die Kostenträger die Möglichkeit haben, mit den einzelnen Leistungserbringern unterschiedliche Benutzungsentgelte zu vereinbaren. Damit können wirtschaftlich ungünstige Bedingungen (beispielsweise Krankentransport außerhalb der Kernzeit) ausgeglichen werden.

Die Benutzungsentgelte orientieren sich an der medizinischen Notwendigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit (vergleiche § 28 Abs. 1 Satz 1 RDG). Folglich besteht auch hier die Verpflichtung, Wirtschaftlichkeitspotenziale auszuschöpfen und insbesondere Kosten zu vermeiden, die für einen bedarfsgerechten Rettungsdienst nicht notwendig sind. Welche sächlichen und personellen Vorhaltungen in der Notfallrettung bedarfsgerecht und wirtschaftlich sind, ist insbesondere in den Bereichsplanungen zu konkretisieren. Diese sind für die Leistungsträger und die Kostenträger verbindlich.

Auch in diesem Zusammenhang ist zu prüfen, welche Einrichtungen und Rettungsfahrzeuge in welchem Umfang erforderlich sind und wie auch bei einer eventuellen Beschaffung Einspareffekte erzielt werden können (beispielsweise durch Sammelbestellungen).

4. Kosten der Ärzte

Die Vergütung für die im Rettungsdienst mitwirkenden Ärzte ist nicht Bestandteil der in Abschnitt 3 genannten Benutzungsentgelte (zur Kostenerstattung vergleiche Kapitel VIII., Abschnitt 1.3).

.

Einteilung des Landes in Rettungsdienstbereiche

(Stand: 2014)

Regierungsbezirk Stuttgart

Stadtkreis Stuttgart
Landkreis Böblingen
Landkreis Esslingen
Landkreis Göppingen
Landkreis Ludwigsburg
Landkreis Rems-Murr-Kreis
Stadt- und Landkreis Heilbronn
Landkreis Hohenlohekreis
Landkreis Main-Tauber-Kreis
Landkreis Schwäbisch Hall
Landkreis Heidenheim
Landkreis Ostalbkreis

Regierungsbezirk Freiburg

Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und Stadtkreis Freiburg
Landkreis Emmendingen
Landkreis Ortenaukreis
ohne die beim Landkreis Rastatt mit eingeschlossenen Gemeinden
Landkreis Rottweil
Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis
Landkreis Tuttlingen
Landkreis Konstanz
Landkreis Lörrach
Landkreis Waldshut

Regierungsbezirk Karlsruhe

Stadtkreis Baden-Baden und Landkreis Rastatt
einschließlich der Gemeinden Rheinau, Achern, Renchen, Sasbach, Lauf, Sasbachwalden, Kappelrodeck, Seebach und Ottenhöfen (Landkreis Ortenau)
Stadt- und Landkreis Karlsruhe
Stadtkreis Mannheim, Stadtkreis Heidelberg und Landkreis Rhein-Neckar-Kreis

Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis
Landkreis Calw
Landkreis Freudenstadt
Landkreis Enzkreis und Stadtkreis Pforzheim

Regierungsbezirk Tübingen

Landkreis Reutlingen
Landkreis Tübingen
Landkreis Zollernalbkreis
Landkreis Alb-Donau-Kreis und Stadtkreis Ulm
Landkreis Biberach
Landkreis Bodenseekreis, Landkreis Ravensburg und Landkreis Sigmaringen

