

Stellungnahme der ver.di Landesfachgruppe Feuerwehr zur der geplanten Änderung

des Feuerwehrgesetzes Baden Württemberg (FWG BW) sowie des Rettungsdienstgesetzes Baden Württemberg (RDG BW)

Zweck des Arbeitspapiers

Die nachfolgenden Ansätze dienen als Erörterungsgrundlage zur Stellungnahme im anstehenden Gesetzgebungsverfahren. Sie stellen keine abgeschlossene Äußerung oder Stellungnahme im bevorstehenden Anhörungsverfahren dar.

Historie

Die Landesregierung plant, das Rettungsdienstgesetz sowie das Feuerwehrgesetz von Baden Württemberg neu zu fassen.

Das Feuerwehrgesetz von Baden Württemberg vom 1. April 1956 wurde zuletzt am 2. März 2010 geändert.

Das Rettungsdienstgesetz von Baden-Württemberg wurde erstmalig zum 01.Juli 1975 in Kraft gesetzt und seit seiner Implementierung als landesrechtliche Vorschrift mehrfach geändert, so zuletzt in Jahren 1998, 2001, 2007, 2009 und 2012.

Anzustrebende Ausrichtung der Gesetzesänderung

Zusammenführung der einzelnen Gesetze

Die bestehenden Gesetze zur Organisation des Rettungsdienstes und der Feuerwehren müssen dringend reformiert werden. Gefordert ist eine Synchronisierung der verschiedenen betroffenen Gesetze, so dass für die Bevölkerung ein möglichst großer Nutzen, unabhängig von Organisationsinteressen der einzelnen Hilfsorganisationen entsteht.

Leitstellen

Aufgrund der Weiterentwicklung der Leitstellen von Feuerwehr und Rettungsdienst zu integrierten Leitstellen, hat sich im Laufe der letzten Jahre gezeigt, dass eine „einmütige, harmonische Zusammenlegung“ der Leitstellen nicht ohne zwingende Regelungen erfolgt. Vielmehr stehen oft Einzelinteressen einer sinnvollen Leitstellenorganisation in Baden Württemberg mit bereichsübergreifender und redundanter Technik entgegen.

Eine Überarbeitung von Feuerwehr- und Rettungsdienstgesetz zur selben Zeit, wie im Moment geplant, bietet die Möglichkeit, das Thema Leitstellen im Interesse der Bürger neu zu ordnen. Als Vorbild könnte dabei die bayrische Leitstellengesetzgebung sein.

Trägerschaft und Ausstattung der Leitstellen

Die Leitstellen sind als hoheitliche Aufgabe ausschließlich in die Trägerschaft von Stadtkreisen oder Landkreisen zu überführen, da es sich um eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge handelt. Es ist anzustreben, dass die Leitstellen technisch so aufgebaut werden, dass sie sich gegenseitig bei technischen Problemen oder großen Schadenslagen unterstützen bzw. als gegenseitige Rückfallsicherung dienen können. Des weiteren besteht so Zugriff auf alle relevanten Daten, die zu einer effektiven Kontrolle der gesetzlichen Hilfsfristen notwendig sind, um die Vorhaltung an Feuerwehrkräften und Rettungsmitteln regelmäßig an den Bedarf anzupassen.

Vermittlungsmonopol der Leitstellen

Im Sinne der Auslagerung der Disposition des Krankentransports ist das bisher geltende Dispositionsmonopol der Leitstellen aufzuheben und nur auf den Bereich der hoheitlichen, zeitkritischen Aufgabenerfüllung der Rettungstransporte zu begrenzen. Hiervon ausgenommen sind ausschließlich Tätigkeiten, die ihrer Natur und Anforderung nach der Erledigung durch eine ständig besetzte Stelle bedürfen und von überwiegend öffentlichem Interesse sind (z.B. Vermittlung des ärztlichen Notdienstes). Die dadurch bei den Leitstellen entstehenden Personal- und Sachkosten sind durch den Verursacher (Träger der Leistung) zu tragen.

Die Vermittlung des Krankentransportes ist, entsprechend des öffentlichen Personenverkehrs, wie im Bereich der Taxivorhaltung, zu organisieren.

Kosten der Leitstellen

Die Betriebs- und Personalkosten der Leitstellen sind entsprechend der anteiligen Inanspruchnahme durch Feuerwehr, Rettungsdienst oder ärztlichen Notdienst durch die jeweiligen Aufgaben- und Kostenträger (Krankenkassen für den medizinischen Rettungsdienst und die hausärztliche Grundversorgung, sowie die Landkreise für die Feuerwehr und den Katastrophenschutz) zu tragen. Investitionskosten, sofern sie der Natur der Sache nach nicht überwiegend oder vollständig dem Interesse eines einzelnen Aufgabenträgers geschuldet sind, sind jeweils hälftig zu tragen.

Heranziehung von Leistungserbringern zur Erfüllung hoheitlicher Aufgaben

Um im Bedarfsfall (Massenanfall von Verletzten – MANV, Katastrophen oder entspr. Flächenschadenslagen) zusätzliche Transportkapazitäten mit geeigneten Transportmitteln generieren zu können, sollen die Aufgabenträger (Krankenkassen, Landkreise) die Möglichkeit erhalten, geeignete Leistungserbringer des Krankentransports gegen Übernahme der dadurch entstehenden Kosten zur Vorhaltung von geeigneten Krankentransportwagen (mit Sondersignalanlage und BOS-Funk) zu verpflichten, die im Einsatzfall gegen Kostenersatz in Anspruch genommen werden können.

Feuerwehrgesetz

Im Bezug auf das Feuerwehrgesetz hat die ver.di Fachgruppe Feuerwehr bereits anlässlich der letzten Änderung im Jahre 2010 eine ausführliche Stellungnahme erarbeitet, deren Aktualität sich nicht überlebt hat. Hier regen wir an, insbesondere die Vorschläge zur hauptamtlichen Struktur sowie zur hauptamtlichen Ausstattung in Städten ab 40 000 Einwohnern aufzugreifen, um dem gestiegenen Hilfebedürfnis der Bevölkerung, sowie dem schwindenden Ressourcen der Freiwilligen Feuerwehren Rechnung zu tragen.

Wir regen hierbei an, die Vorhaltung in Städten ab 40000 Einwohnern mit einer hauptamtlichen Löschgruppe, gegliedert in einen Führungsdienst mit Kommandowagen (Besatzung 1/1) , ein (Hilfeleistungs-) Löschfahrzeug (Besatzung 1/5) sowie ein Hubrettungsfahrzeug (Besatzung 1/1) festzuschreiben.

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Erstellung und regelmäßigen Überarbeitung von Feuerwehrbedarfsplänen zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Gemeindefeuerwehren ist in das Gesetz aufzunehmen. Bedarfsplanungen haben nicht nur regional, sondern ebenfalls überregional zu erfolgen.

Dies ist insbesondere zur Lastenverteilung von überregionalen Gefahrenabwehrplanungen z.B.: bei Wasserschiffahrtsstrassen, Autobahnen, Tunnelanlagen etc., sowie bei der Vorhaltungsplanung von Spezialgerät und Einheiten sinnvoll. Für diesen überregionalen Einsatzfall ist auch die Verantwortlichkeit der Einsatzleitung zu regeln.

Die Feuerwehrbedarfspläne haben sich hierbei neben den Gefahrenpotenzialen auch an der Tagesverfügbarkeit von Feuerwehr- und Rettungskräften sowie einer vorgegebenen Hilfsfrist zu orientieren. Mindestvorgaben für die Vorhaltung hauptamtlicher Einsatzkräfte, wie dies in anderen Bundesländern längst der Fall ist, sind ebenso wünschenswert wie klar zu regelnde Führungsstrukturen zwischen haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräften.

Die Empfehlung der Einhaltung des Ausbildungsstandards nach AprO des feuerwehrtechnischen Dienstes, sowie die Anstellung im Beamtenstatus für hauptamtliche Feuerwehrleute würde ein positives Zeichen setzen und könnte den Kommunen als Entscheidungshilfe dienen.

Definition des Einsatzdienstes bei Feuerwehrtätigkeiten

Darüber hinaus empfehlen wir die Definition des Feuerwehreinsatzdienstes, der unserer Auffassung nach von allen Mitgliedern einer Feuerwehr, insbesondere von Beamten des feuerwehrtechnischen Dienstes erbracht wird, die auf Grundlage eines Telefonates bzw. einer Alarmierung unverzüglich Einsatzentscheidungen treffen und ohne Zeitverzögerung mit einer funktionsdefinierten Tätigkeit beginnen müssen, um im Dienste der Bevölkerung Gefahren abzuwehren oder Leib und Leben der Hilfersuchenden zu schützen.

Dies trifft unserer Auffassung nach unter anderem bei allen Einsatzkräften zu, die in Integrierten Leitstellen beschäftigt sind, sowie aufgrund von Einsatzvorplanungen jederzeit alarmiert werden können, wie Mitglieder von Einsatzabteilungen freiwilliger Feuerwehren, hauptamtlichen Kommandanten, Kreisbrandmeister und hauptamtliche Einsatzkräfte einer Feuerwache.

Diese Definition ist notwendig, um die unklaren Grenzen zwischen Ruf-, Bereitschafts- und Einsatzdienst, wie sie im feuerwehrtechnischen Dienst bei Behörden und Feuerwehren üblicherweise geleistet werden, klarzustellen.

Notwendig wird dieses auch aufgrund beamtenrechtlicher Regelungen, an welche die Gewährung der Feuerwehrzulage und die Pensionsaltersgrenze im Feuerwehrdienst geknüpft wird.

Wird die Anspruchsvoraussetzung für diese beiden Regelungen nicht klar definiert, könnte es bei sehr ungünstiger Interpretation dazu kommen, dass Mitarbeiter des feuerwehrtechnischen Dienstes aus diesen wesentlichen Regelungen des Beamtenrechts herausfallen. Das betrifft essentiell das Besoldungsgefüge sowie die Lebensplanung der Betroffenen.

Diese Gefahr ist insbesondere dann gegeben, wenn, wie allgemein üblich, hoch qualifizierte Mitarbeiter/innen des abwehrenden Brandschutzes Funktionen übernehmen, in denen sie zunehmend leitende Tätigkeiten ausüben: Beispielsweise bei der Übernahme von wichtigen Einsatzfunktionen des Einsatzführungsdienstes auf Gemeinde- und Kreisebene, sowie bei Tätigkeiten in Integrierten Leitstellen.

Um den hier eingesetzten Kolleginnen und Kollegen ein Mindestmaß an rechtlicher Sicherheit über ihren Status als Einsatzbeamte zu geben, ist eine eindeutige Definition im Fachgesetz wichtig und längst überfällig. Die aus einer solchen Regelung resultierende Absicherung ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der Gewinnung von qualifiziertem und erfahrenem Personal unabdingbar.

Diese Definition könnte auch für die Gewährung von Ehrenamtsanreizen im Bereich der freiwilligen Feuerwehr genutzt werden.

Kostenersatz für Feuerwehrleistungen

Die im Feuerwehrgesetz beschriebene Kostenpflicht für Einsätze der Feuerwehr bei Verkehrsunfällen, sowie die Einsatzart der Transporthilfe für den medizinischen Rettungsdienst führt immer wieder zu Konflikten.

Wir regen hierzu an, im Feuerwehrgesetz zu benennen, wer primär die Kosten eines Einsatzes zu tragen hat.

Z.B. der Fahrzeughalter bei einem Verkehrsunfall, sowie die Krankenkassen bei einer medizinisch indizierten Transporthilfe / Unterstützung des Rettungsdienstes durch eine DLK, bzw. eine Staffel im Hilfeleistungslöschfahrzeug oder Spezialeinheiten wie der Höhenrettung / Feuerwehrkran etc.

Ziel ist es hierbei, die Kosten für Adiposita Transporte / -rettungen, die ursprünglich im Bereich des Rettungsdienstes liegen, auch dort geltend machen zu können.

Rettungsdienstgesetz

Anlass der Diskussion

Die Erfahrungen aus den Hilfsfristen-Erhebungen und den in diesem Zusammenhang immer wieder aufs Neue geführten öffentlichen wie auch parlamentarischen Diskussionen der letzten 10-15 Jahre haben bei großem öffentlichen Interesse offengelegt, dass die öffentlich – rechtlichen, medizinischen - und damit humanitären - Ziele des Gesetzes mit der vorhandenen, vornehmlich selbstaufsichtsorientierten Organisation des Rettungsdienstes und seiner unmittelbaren und mittelbaren Aufsichtsgremien (Landesrettungsdienstausschuss – LRA, Bereichsausschüsse – BA, Schiedsstelle) nicht erreicht werden können.

Wie mittlerweile bekannt wurde, besteht die Absicht, die Hilfsfristen von 10 min in med. notwendigen Fälle bzw. maximal 15 Minuten in 95 % der Einsätze für Rettungswagen (RTW) auf 12 Minuten und von ebenfalls 10 bzw. 15 Minuten in 95 % der Einsätze für Notärzte (NA) auf 18 Minuten neu zu fassen. Dies trägt in der fachlichen Bewertung jedoch lediglich einer umgekehrten Interessenkausalität der Beteiligten Rechnung, nicht aber den Interessen der Bevölkerung im Sinne einer medizinisch modernen und gesellschaftsorientierten Daseinsvorsorge. Die vorgesehene Fassung der Hilfsfristen von Rettungswagen beschreibt dabei lediglich den derzeitigen durchschnittlichen Leistungsstand bei der Hilfsfristeneinhaltung mit einer Tendenz zu einer leichten Verbesserung, die jedoch überwiegend nur in Ballungszentren realisierbar erscheint.

Bei der Hilfsfristendefinition für das Eintreffen der Notärzte umfasst das Zeitfenster von 18 Minuten die Mehrzahl der bisher in den Statistiken als kritisch aufgefallenen Fristüberschreitungen. Dies legt nahe, dass es sich hierbei im weitesten Sinn lediglich um eine kosmetische Anpassung an den Ist-Stand handelt als um eine Verbesserung der Standards im Sinne der medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Ethische Grundthese

In den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten haben sich in der Notfallmedizin eine Reihe neuer Behandlungsstrategien und Therapieverfahren etabliert, die dem Ziel einer Verbesserung der Überlebensrate und des sog. Outcomes des Patienten nach einem schwerwiegenden medizinischen Notfall Rechnung tragen. Im Wesentlichen sind hier die frühe Lysetherapie, die Verbreitung und Einrichtung von Herzkatheter-Behandlungsplätzen und die Frühdefibrillation zu nennen, die vornehmlich bei thrombotischen Verschlusskrankungen (Schlaganfälle, Embolien, Herzinfarkte) zur Anwendung kommen, welche die überwiegende Mehrzahl der Notfälle mit hoher Mortalität und schlechter Verlaufsprognose bilden.

Die Erweiterung der Notkompetenz durch das sich etablierende Berufsbild der „Notfallsanitäter“ kann hierbei nur als unterstützende Maßnahme bewertet werden.

Ein wichtiges Ziel der Gesetzesnovellierung muss es sein, die Voraussetzungen zur Partizipation der Bevölkerung am (notfall-)medizinischen Fortschritt so weit wie möglich zu optimieren und diesen Fortschritt nicht dazu zu missbrauchen, um die im Interesse einzelner Beteiligter organisatorisch oder fiskalisch begründeten Hilfsfristen-verlängerungen politisch zu subventionieren und damit für die Bevölkerung (insbesondere die ländliche!) in Hinblick auf die Überlebenschancen nach einem medizinischen Notfall ein Verharren im notfallmedizinischen „Status Quo“ der neunziger Jahre festzuschreiben.

Trägerschaft und Aufsicht über den Rettungsdienst (Regelrettungsdienst)

Trägerschaft und fachliche wie auch rechtliche Aufsicht des Rettungsdienstes mit den Teilbereichen

- Medizinischer Rettungsdienst (durch Rettungswagen)
- Notärzte (durch NEF)
- Krankentransport (durch KTW, s.u.)
-

sind in die Zuständigkeit des Landes und der Kommunen (Kreise und Städte) zu etablieren. Dabei sind die Leistungserbringer und Kostenträger beratend zu beteiligen.

Die Verantwortlichkeit für die Ausstattung und Organisation sowie das Qualitätsmanagement eines Landkreises im Bezug auf Einrichtungen der Daseinsvorsorge wie Rettungsdienst und Feuerwehren muss bei den demokratisch gewählten Gremien (Landtag, Kreistag bzw. Gemeinderat) verbleiben und darf nicht an selbst verwaltende Organisationen delegiert werden, die in eigenem wirtschaftlichen Interesse handeln.

Leistungsumfang und Vergütung

Um eine für die Leistungserbringer kostendeckende Vergütung sicherzustellen, sind die Leistungen des Rettungsdienstes qualitativ, quantitativ und organisatorisch zu beschreiben. Diese Beschreibung muss die Grundlage eines Leistungsverzeichnisses bilden, anhand dessen die Durchführung des Rettungsdienstes zwingend und verbindlich auf Grundlage des geltenden Ausschreibungsrechts auszuschreiben ist.

Zeitkritische Rettungstransporte

Zeitkritische Rettungstransporte liegen dann vor, wenn beim Notruf zu erwarten ist, dass aus medizinischen Gründen ein Eingreifen am Einsatzort innerhalb der gesetzlich definierten Hilfsfrist

(derzeit 10 Minuten, in Ausnahmen max. 15 min in 95 % der Einsätze) notwendig ist. Hierzu wird nach dem Indikationskatalog der Ärzteschaft entweder ein Rettungswagen (RTW) mit Sonderrechten und ggfs. ein Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) entsendet.

Hilfsfristen

Die im Rettungsdienstgesetz Baden- Württemberg genannten Hilfsfristen sollten sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren und inklusive den Eingreifzeiten für den nicht dringlichen Rettungstransport sowie den Krankentransport von politisch Verantwortliche (zB.: Bürgermeister , Landräte) verantwortet werden.

Die Hilfsfrist für zeitkritische Rettungstransporte sollten durch die Ärzteschaft empfohlen werden.

Die Hilfsfristen für den nicht dringlichen Rettungstransport und Krankentransport sind Zeiten, die im Gesellschaftlichen Kontext stehen und somit durch die Gesellschaft – Legislative festgelegt und bei Bedarf angepasst werden sollten.

Rettungstransporte ohne Dringlichkeit

Um im Sinne der ethischen Verantwortung auch für den noch nicht notfallmedizinisch behandlungs- / hilfsbedürftigen Patienten sicherzustellen, dass zu lange Wartezeiten von späteren Notfällen, bei denen ursprünglich eine Hilfeleistung oder ein nicht zeitkritischer Transport in ein Krankenhaus ausreichend gewesen wäre, letztlich zu einer missbräuchlichen Nutzung von Rettungswagen führen, muss für den Bereich von Rettungstransporten, ohne primäre Dringlichkeit mit einer Eingriffs- / Bearbeitungsfrist versehen und mit einer daraus resultierenden Bedarfsvorhaltung geplant und aufgestellt werden .

Meistens sind hier Fahrzeuge des Typ KTW ausreichend (60 % der Einsätze in diesem Bereich).

In den anderen Fällen (40%) ist der Einsatz von RTW sinnvoll, um mit der im RTW vorgehaltenen Ausstattung / Ausbildung, beim Notruf unklare Situationen adäquat bewerten zu können und vor Ort entsprechend zu reagieren.

Dieser Bereich der Einsätze, in denen ein RTW eingesetzt wird, kann selbstverständlich auch vom Kassenärztlichen Notdienst bearbeitet werden. Aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von Hausärzten, die bereit sind Hausbesuche zu machen, werden über diese RTW oft medizinische Beratungen von Patienten durchgeführt, oder diese , da kein Hausarzt vor Ort kommt, einem Arzt zur Diagnosestellung in einer Notaufnahme bzw. hausärztlichen Praxis zugeführt.

Als Beispiel sei hier eine gestürzte Person in der Wohnung genannt, die unverletzt und hilflos am Boden liegt. Kann hier in einer Zeitspanne von 30 – 45 Minuten eingegriffen und einer drohenden Unterkühlung etc. zuvor gekommen werden, ist der Patient versorgt, ohne dass ein RTW der Notfallrettung disponiert werden muss.

Oder ein Patient der über Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der Bandscheiben klagt und nicht mehr selber eine Arzt aufsuchen kann.

Über die Vorhaltung von Fahrzeugen für diese Einsatzart(Rettungstransporte ohne Dringlichkeit) könnten ggfs. auch Einsatzspitzen des Rettungsdienstes für zeitkritische Transporte aufgefangen werden, soweit diese Fahrzeuge adäquat ausgestattet und besetzt sind (z.B.: heutige Mehrzweckfahrzeuge).

Die in der Praxis durch Patienten tolerierte Hilfsfrist, bevor durch weitere Notrufe die Lage eskaliert, beträgt erfahrungsgemäß ca. 30 – 45 Minuten.

Aus diesem Grunde ist für „nicht dringliche Rettungstransporte“ eine Hilfsfrist von 30 min festzuschreiben.

Krankentransport

Der medizinisch bedingte planbare Personentransport ohne Dringlichkeit ist privatrechtlich zu organisieren und aus dem Regelungsbereich des Rettungsdienstgesetzes auszugliedern.

Die Aufsicht über

- Ausstattung
- Ausbildung des Personals
- Abwicklung/Organisation

sowie die Genehmigungshoheit obliegt hierbei den für den Personentransport zuständigen Stellen in Verbindung mit den Gesundheitsbehörden. Regelungen zugunsten einzelner Anbieter oder zugunsten einer Konkurrenz durch den Regelrettungsdienst sind hierbei auszuschließen.

Zur Verdeutlichung: hier geht es um den Heimtransport von Patienten, die in der Regel aufgrund ihrer Erkrankung / Verletzung nicht mit einem Taxi transportiert werden können, da sie liegen müssen, oder aus / in ihre Wohnung getragen werden müssen.

Durch das derzeitige Vermittlungsmonopol der Leitstellen, aus dem die Krankenkassen ableiten, nur Fahrten abzurechnen, die über eine von der zuständigen Leitstelle zu vergebenden Auftragsnummer verfügen, wird der Markt zu Ungunsten der privaten Anbieter reglementiert. Die Preisgestaltung obliegt nicht dem einzelnen Unternehmer, sondern wird für den Anbieter, fremdbestimmt im Bereichsausschuss, zwischen Hilfsorganisationen und Krankenkassen vereinbart. Dies führt in der Summe zu einem Mangel an angebotenen Fahrzeugen, die wiederum die heutigen extrem langen Wartezeiten im Krankentransport verursachen.

Aufgrund fehlender Ressourcen wird somit immer wieder auf Rettungsmittel für zeitkritische Rettungstransporte (RTW) zugegriffen, die hier zu einer Verknappung führen.

Findet sich kein privater Anbieter für den nicht zeitkritischen Krankentransport, müsste die jeweilige Kommune bzw. Landkreis im Rahmen der Daseinsfürsorge einen entsprechenden Fahrdienst aufbauen.

Die Politik sollte auch hier gegenüber der Bevölkerung eine maximale Bearbeitungszeit beplanen und dafür sorgen, dass diese auch eingehalten wird.

Die tolerierte Zeit für Einweisungen, Heimfahrten, Verlegungen beträgt 1h – 2h .