An das

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Herrn Ministerialrat Bernd Schnäbelin
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

28.11.2024

Entwurf des Gesetzes über den Rettungsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (RettG NRW)

Gemeinsame Stellungnahme des Städtetages NRW, des Städte- und Gemeindebundes NRW und der Feuerwehrverbände VdF NRW, AGBF NRW, AGHF NRW und WFV NRW

Der Städtetag NRW, der Städte- und Gemeindebund NRW und die Feuerwehrverbände VdF NRW, AGBF NRW, AGHF NRW und WFV NRW bedanken sich für die Möglichkeit, zum vorgelegten Gesetzentwurf Stellung nehmen zu können.

Unsere Anmerkungen zum Gesetzentwurf des RettG NRW finden Sie nachfolgend. Für jegliche weitere Erörterungen zu unseren Positionen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christine Wilcken
Beigeordnete des Städtetages Nordrhein-Westfalen

Andreas Wohland
Beigeordneter des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen

Bernd Schneider
Stv. Vorsitzender des Verbandes der Feuerwehren in Nordrhein-Westfalen

Simon Heußen
Vorsitzender der AGBF NRW

Marcus Scheele
Vorsitzender der AGHF NRW

Christoph Wachholz
Vorsitzender des Werkfeuerwehrverbandes Nordrhein-Westfalen

ADRESSEN//ANSPRECHPARTNER

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Ansprechpartnerin:
Beigeordnete Dr. Christine Wilcken
Telefon: 0221-3771-0
E-Mail: christine.wilcken@staedtetag.de

Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen
Ansprechpartner:
Beigeordneter Andreas Wohland
Telefon: 0211-4587-223
E-Mail: andreas.wohland@kommunen.nrw

Verband der Feuerwehren in NRW
Ansprechpartner:
Geschäftsführer Christoph Schöneborn
Telefon: 0202-317712-10
E-Mail: christoph.schoeneborn@vdf.nrw

Arbeitsgemeinschaft der Leiter
der Berufsfeuerwehren NRW
Ansprechpartner:
Vorsitzender Direktor der Feuerwehr Dipl.-Ing. Simon Heußen
Telefon: 0234 9254-501
E-Mail: sheussen@bochum.de

Arbeitsgemeinschaft der Leiter
Hauptamtlicher Feuerwachen
Ansprechpartner:
Vorsitzender Oberbrandrat Marcus Scheele
Telefon: 02521 9389-10
E-Mail: scheele@beckum.de

Werkfeuerwehrverband NRW e. V.
Ansprechpartner:
Vorsitzender Christoph Wachholz
E-Mail: wfv@vdf.nrw

Unsere zentralen Forderungen:

- **Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzgeber die notwendige Novellierung des Rettungsdienstgesetzes NRW auf den Weg bringt. Aus fachlicher Sicht trägt dieser Entwurf den zahlreichen Änderungen der Rahmenbedingungen im Rettungsdienst (z. B. steigende Einsatzzahlen, technische Weiterentwicklungen) Rechnung.**
- **Zentrale Kritik üben wir an der geplanten Änderung der Träger-Strukturen im Rettungsdienst. Das Vorhaben, die Trägerschaft der kreisangehörigen Städte im Rettungsdienst auf die Kreise zu zentralisieren, lehnen wir ab. Wir sehen in dieser Entwicklung die konkrete Gefahr, bestehende bewährte Strukturen zu schwächen und Kreisstrukturen zu überfordern. Gerade jetzt ist es zwingend notwendig, mit Blick auf die Stärkung des Katastrophen- und Bevölkerungsschutzes, etablierte und schlagkräftige Strukturen zu schützen. Mit der beabsichtigen Konstruktion einer öffentlich-rechtlichen Vereinbarung verlieren die Großen und Mittleren kreisangehörigen Städte erheblichen Spielraum, die Rettungsdienstaufgabe effizient zu gestalten und auskömmlich über Gebühren zu refinanzieren. Als reine Beauftragte im Rettungsdienst würden sie lediglich Umsetzer im Rahmen eines engen vom Kreis bestimmten Korsetts werden.**
- **Des Weiteren sehen wir folgende Punkte kritisch:**
  - **Wir begrüßen die vorgesehene deutliche Ausschärfung der Funktion der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes. Dennoch darf sich die Aufgabenwahrnehmung der Ärztlichen Leitung ausschließlich auf medizinischen Angelegenheiten des Rettungsdienstes erstrecken. Die im Entwurf enthaltenen Beschreibungen implizieren eine generelle Weisungsbefugnis im Rettungsdienst, die aus unserer Sicht nicht sachgerecht ist. Eine doppelte Einsatzleitung ist streng zu vermeiden.**
  - **Der Fokus des vorbeugenden Rettungsdienstes liegt auf der Prävention und Stärkung der Gesundheits- und Selbsthilfekompetenz der Bevölkerung und ist hierdurch auch ein wichtiger Aspekt in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes. Diese wichtigen Aufgaben können keine reinen freiwilligen Aufgaben sein. Angesichts der angespannten finanziellen Lage in vielen Kommunen bringt diese Regelung die Gefahr mit sich, dass es hierfür wenig bis keinen Spielraum geben wird.**

Grundsätzliches

Die Unterzeichner begrüßen grundsätzlich den Entwurf des Gesetzes über den Rettungsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. Viele Argumente aus der gemeinsamen Positionierung wurden bei der Erstellung des Gesetzentwurfs durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales berücksichtigt.

Der Entwurf zum neuen Rettungsgesetz NRW zeigt eine deutlich weitreichendere Betrachtung und Entwicklung des Rettungsdienstes als das bisher geltende Gesetz. Dies wird als zeitgemäß und folgerichtig mit Blick auf die aktuellen und künftigen Herausforderungen des Rettungsdienstes in NRW gesehen. Dennoch ist ein detaillierter Blick auf die einzelnen Regelungen im Gesetzesentwurf erforderlich.

Finanzierung und Frage der Konnexität

Im Gesetzentwurf finden sich vage Annahmen zu den Auswirkungen des Gesetzes auf die Finanzlage der Gemeinden und Gemeindeverbände. Die aufgeführten Entlastungen können wir nicht validieren und erwarten, dass diese überprüft werden. Zudem besteht im Gesetzentwurf die Annahme, dass die Mehrbedarfe, die für die kommunale Ebene aus den Neubestimmungen des Gesetzentwurfes entstehen, über die Rettungsdienstgebühren finanziert werden.

Im Detail nehmen wir zum Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

1. Begriffsbestimmungen, Schutz von Bezeichnungen (§ 3)

1.1 Wir begrüßen, dass den Trägern des Rettungsdienstes grundsätzlich die Einrichtung eines Akutgesundheitsdienstes ermöglicht wird. Allerdings wird ein stärkerer Hinweis zur Refinanzierung des Systems über Regelungen des SGB V benötigt. Dieser könnte beispielsweise über bedarfsgerechte Kooperationsvereinbarungen mit den Selbstverwaltungskörperschaften des vertragsärztlichen Dienstes erfolgen.

1.2 Wir regen an, im Gesetzentwurf deutlich zwischen Notfall- und Akutpatienten abzugrenzen.

2. Besetzung von Rettungsmitteln (§ 5)

2.1 In § 5 Abs. 3 Nr. 2 wird die Besetzung von Notarzteinsatzfahrzeugen definiert. Hier halten wir für die Fahrer/innen des Notarzteinsatzfahrzeuges die Ergänzung einer aufgabenspezifischen Zusatzqualifikation (z. B. Gruppenführer) für erforderlich, da diese bei besonderen Einsatzlagen im Regelfall bestimmte Funktionen in der operativen Einsatzstellenorganisation übernehmen (z. B. Führung eines Untereinsatzabschnitts).

2.2 Wir regen an, dass die ärztliche Untersuchung zum Nachweis der gesundheitlichen und körperlichen Eignung auch für Notärztinnen und Notärzte als erforderlich angesehen wird.

3. Schutz und Verarbeitung personenbezogener Daten (§ 11)

3.1 Der sektorenübergreifende Datenaustausch im Sinne einer zielgerichteten Patientenversorgung ist sehr zu begrüßen. Aus unserer Sicht sind die bestehenden Formulierungen, um eine explizite Grundlage zu ergänzen, die den Austausch von Patientendaten zwischen den integrierten Leitstellen und den Akutleitstellen (116 117) auch ohne vorherige Einwilligung der Patientinnen und Patienten ermöglicht.

3.2 Gleiches gilt auch für den Austausch von Patientendaten im Rahmen der Patientenversorgung und des Patiententransportes in der Notfallrettung und auch bei Akuttransporten. Insoweit ist die einschränkende Formulierung in § 11 Abs. 2 Nr. 1 und 2 nicht nachvollziehbar. Diese sieht vor, dass eine Einwilligung oder ein lebenswichtiges Interesse des Patienten vorausgesetzt wird.

3.3 Gemäß § 11 Abs. 9 müssen die Leitstellen die dort eingehenden Hilfeersuchen bzw. Transportanforderungen etc. auf Speichermedien aufzeichnen. Diese sind nunmehr Teil der Patientenakte und müssen somit zehn Jahre aufbewahrt werden. Die Regelungen werden begrüßt. Jedoch weisen wir darauf hin, dass gemäß aktuell gültigem Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz in Nordrhein-Westfalen (BHKG) die Aufzeichnungen spätestens nach sechs Monaten zu löschen sind (§ 46 BHKG). Die Leitstellen werden hierdurch vor die Herausforderungen gestellt, bei der technischen Speicherung zwischen medizinischen Anrufen nach RettG und brandschutztechnischen Anrufen nach BHKG zu unterscheiden. Zudem stellt sich die Frage, wie bei gemeinsamen Einsätzen verfahren werden soll. An dieser Stelle muss der Gesetzentwurf präzisiert werden.

3.4 Weiter werden in § 11 Abs. 10 die Aufgaben der jeweils im Rettungsdienst mitwirkenden und datenschutzrechtlich verantwortlichen Person oder Stelle beschrieben. Aus dem Gesetzentwurf geht nicht eindeutig hervor, ob der Träger des Rettungsdienstes eine ausschließlich für den Rettungsdienst zuständige Personen oder Stelle benennen muss, oder ob diese Aufgabe auf die jeweiligen Datenschutzbeauftragten der Kreise bzw. kreisfreien Städte übertragen werden kann. Hierzu wird um Klarstellung gebeten.

4. Träger des Rettungsdienstes (§ 12)

4.1 Laut Gesetzentwurf soll die Trägerschaft rettungsdienstlicher Aufgaben alleinig den Kreisen bzw. den kreisfreien Städten übertragen werden. Die Kreise sollen die Wahrnehmung der im Bedarfsplan ausgewiesenen Aufgaben an Große und Mittlere kreisangehörige Gemeinden übertragen. Bisher sind die Großen und Mittleren kreisangehörigen Gemeinden neben den Kreisen und kreisfreien Städten Träger rettungsdienstlicher Aufgaben. Wir fordern die Beibehaltung der bisherigen Regelung aus folgenden Gründen:

- Neben den kreisfreien Städten und Kreisen als Träger des Rettungsdienstes hat sich eine Einbindung kreisangehöriger Städte als Träger von Rettungswachen sehr bewährt. Diese Strukturen müssen unbedingt geschützt werden, um einen leistungsfähigen Rettungsdienst in der Fläche weiter zu gewährleisten.

- Die zukünftigen Herausforderungen im Rettungswesen, auch angesichts der angespannten geopolitischen Sicherheitslage und mit Blick auf die unterschiedlichen Katastrophen- und Zivilschutzlagen, können nur bewältigt werden, wenn das System des Rettungsdienstes auf viele breite Schultern im Lande verteilt wird. Die Trägerschaft von Rettungswachen durch kreisangehörige Städte sichert die Strukturvorteile und die damit verbundene Pflicht der Sicherstellung der präklinischen Versorgung. Darüber hinaus werden die Kreise als Träger des Rettungsdienstes durch die Dezentralisierung sowohl der operativen als auch der administrativen Aufgaben deutlich entlastet.

- Zudem kann nur die Beibehaltung der Möglichkeit für kreisangehörige Städte, Träger von Rettungswachen zu sein, den individuellen örtlichen Strukturen gerecht werden. Die Größe der kreisangehörigen Stadt ist hier nebensächlich. Entscheidend ist das Verhalten von hauptamtlichen Wachen in den Mittleren und Großen kreisangehörigen Städten. Daher ist es dringend erforderlich, die bewährte Rechtslage bei gleichzeitiger Sicherstellung der Aufsichtsrechte der Kreise als Träger auch zukünftig zu erhalten.

- Die vorhandenen Strukturen für die Personalgewinnung und die Entwicklungsperspektiven sind gerade im Zusammenspiel mit Rettungsdienst und Feuerwehr vorteilhaft. Vor allem ist die Integration des Rettungsdienstes in den Feuerwehren mit multifunktionalem Personal ein Leistungsmerkmal des Rettungsdienstes in NRW.

4.2 Entfallen allerdings die sich aus der jetzigen Trägerschaft ergebenden wesentlichen Synergien und Gestaltungsmöglichkeiten, so ist zu erwarten, dass sich ein nicht unerheblicher Teil der derzeitigen Träger von Rettungswachen aus dem Rettungsdienst zurückziehen. Versagen die kreisangehörigen

Kommunen mit ihren Feuerwehren die Mitwirkung im Rettungsdienst, so würde sich das erheblich auf die Qualität und die Sicherstellung des Rettungsdienstes in den Landkreisen auswirken:

- Die im Rettungsdienst eingesetzten feuerwehrtechnischen Beamten würden bei den Feuerwehren verbleiben. Den Kreisen als Trägern würde daher erhebliches Personal fehlen, um den Rettungsdienst sicherzustellen.

- Die Sicherstellung des Regelrettungsdienstes bei Personalausfällen, Spitzenlastabdeckungen und Sonderbedarfen durch rettungsdienstlich qualifiziertes Brandschutzpersonal als Personalreserve entfiele. Ein alternativer Aufbau von Strukturen zur Abbildung dieser Bedarfe ist ökonomisch nicht darstellbar.

- Die Kreise hätten kurzfristig neue Organisationsstrukturen in ihre Geschäftsverteilungen aufzunehmen und hierfür Stellen und Infrastrukturen zu schaffen. Ein kompensatorischer Ressourcentransfer von den rettungsdienstlichen Aufgabenträgern zu den Kreisverwaltungen lässt sich in der Praxis nicht darstellen. Dies betrifft auch die dezentral vorhandenen Kompetenzen im administrativen Bereich der Aufgabenträger (Praxisanleitungen, Desinfektoren, Technik, Faktura etc.).

- Die rettungsdienstlichen Kompetenzen würden bei den Feuerwehren sukzessive verloren gehen, nicht zuletzt würden die Führungskräfte der Feuerwehr aus gemeinsamen Konzepten im Rettungsdienst aussteigen und es wird ein Führungsvakuum entstehen.

- Zudem weisen wir in diesem Zusammenhang auf den Sonderstatus der StädteRegion Aachen hin. Die Stadt Aachen hat auf der Grundlage des Aachener Vertrags bereits eine öffentliche-rechtliche Vereinbarung für den Rettungsdienst mit ihrem Kreis. Die im Gesetzentwurf beabsichtige rechtliche Anpassung könnte direkte Auswirkungen auf die Trägerschaft der Stadt Aachen haben.

4.3 Der Kritik an der Vielzahl an unterschiedlichen Gebührensätzen möchten wir gerne mit einem konstruktiven Vorschlag begegnen. Wir stehen einer Regelung zu einer kreiseinheitlichen Gebühr und einer einheitlichen Ausstattung sowie Versorgungsqualität positiv gegenüber. Solche Regelungen könnten den Trägern des Rettungsdienstes aufgetragen werden. Zudem ist es schon jetzt möglich, Gebührenverhandlungen zu reduzieren. Die in einem Kreis beteiligten Dienststellen können die örtlichen Aufwendungen mit einem Betriebsabrechnungsbogen gegenüber dem Kreis abrechnen. Der Kreis summiert hieraus den Gesamtgebührenhaushalt Rettungsdienst und verhandelt diesen mit den Krankenkassen. Für den Notarztdienst wird diese Verfahrensweise z. B. im Kreis Mettmann seit Jahren erfolgreich praktiziert.

4.4 Die von uns geforderte Beibehaltung der bisherigen Regelung der Trägerschaft wirkt sich auch an anderen Stellen des Gesetzentwurfes aus. So soll in § 7 Abs. 2 auch die Bestellung eines verantwortlichen Desinfektors für den jeweiligen Zuständigkeitsbereich der Mittleren und Großen kreisangehörigen Städte berücksichtigt werden. Gleiches gilt in § 18 Abs. 5, wobei der Kreis als Träger und die Träger rettungsdienstlicher Aufgaben für die Ausbildung, Schulung und Übung des Rettungsdienstpersonals sorgen sollen. In § 27 soll bei der Gebührenfestsetzung eine geeignete Verrechnung der Kosten von kreisangehörigen Städten mit dem Kreis, z. B. mittels Betriebsabrechnungsbogen, eingefügt werden. Ebenso wirkt sich die Beibehaltung der aktuellen Regelung auf die in § 17 Abs. 6 beabsichtigte Regelung zur Beteiligung bei der Erstellung der Rettungsdienstbedarfsplanung aus.

4.5 In § 12 Abs. 1 ist das Wort „Gesundheitsvorsorge“ durch „Gesundheitsversorgung“ zu ersetzen, da unter dem Begriff der Gesundheitsvorsorge bereits Vorsorgeleistungen wie Früh- erkennungsuntersuchungen und sonstige Maßnahmen der Prävention erfasst sind.

5. Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes (§ 13)

5.1 Wir begrüßen die deutliche Ausschärfung der Funktion der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes durch die Festlegung, dass die Aufgabenwahrnehmung zukünftig verpflichtend hauptamtlich wahrgenommen werden muss. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass landesweit unterschiedliche Modelle zur Aufgabenwahrnehmung erfolgreich praktiziert werden. Die hauptamtliche Aufgabenwahrnehmung ist nur dann wirksam, wenn die Ärztliche Leitung dem verantwortenden Amt bzw. Fachbereich für den Rettungsdienst direkt zugeordnet ist. Die Regelung sollte dahingehend konkretisiert werden.

5.2 Der Gesetzentwurf beinhaltet eine dedizierte und umfangreiche Aufgabenbeschreibung für die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes. Die Formulierung der Aufgaben muss dahingehend überarbeitet werden, dass sich die Aufgabenwahrnehmung der Ärztlichen Leitung ausschließlich auf medizinischen Angelegenheiten des Rettungsdienstes erstrecken kann. Dass dies die Intention des Gesetzgebers ist, ist den Erläuterung zu § 13 (Seite 67 ff. des Gesetzentwurfs) zu entnehmen. Die im Entwurf enthaltenen Beschreibungen sind dahingehend missverständlich formuliert und implizieren eine generelle Weisungsbefugnis im Rettungsdienst.

5.3 So impliziert § 13 Abs. 1 die Leitung des Rettungsdienstes durch die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes. Unstrittig ist, dass die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes die medizinischen Belange des Rettungsdienstes verantwortet. Eine generelle Leitung lässt sich daraus nicht ableiten. Die Gesamtverantwortung und die damit einhergehende Leitung obliegen der Leitung des Amtes bzw. des Fachbereichs, das/der mit der Durchführung des Rettungsdienstes durch den Träger beauftragt ist.

5.4 Die Aufgabenbeschreibung in Abs. 3 des § 13 sollte unserer gemeinsamen Überzeugung nach in Teilen neu formuliert werden. Im Einzelnen:

- Zu Satz 1
  Wir regen folgende Neuformulierung an: Die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes ist für das medizinische Qualitätsmanagement und die medizinische Gesamtkonzeption der rettungsdienstlichen Patientenversorgung und –betreuung verantwortlich.

- Zu Ziffer 2
  Wir regen folgende Neuformulierung an: Festlegung und Überwachung der medizinischen Versorgungsstandards [...] sowie standardisierter Vorgaben im Rettungsdienst [...] sowie der medizinischen Ausrüstung und Ausstattung für alle Rettungsmittel [...].

  Durch Normungen und Fachempfehlungen sind die meisten technischen Ausstattungsmerkmale – auch im medizinisch-technischen Bereich festgelegt. Sofern hier beispielsweise die Detaillierung der Leistungsmerkmale eines Beatmungsgerätes geht, ist das deutlicher herauszustellen. Bei der Festlegung der technischen Ausstattung von Rettungsmitteln sind neben medizinischen Belangen auch andere Aspekte zwingend zu berücksichtigen.

- Zu Ziffer 4
  Wir regen folgende Neuformulierung an: Erarbeitung und einvernehmliche Festlegung für eine einheitliche strukturierte Patientenübergabe.

- Zu Ziffer 5
  Wir regen folgende Neuformulierung an: Festlegung der medizinischen Inhalte an die Fort- und Weiterbildung des eingesetzten Rettungsdienstpersonals und in den Leitstellen.

- Bei den Aufgabenbereichen ist die Mitwirkung an den Rahmenvorgaben und der Erstellung der Rahmenkonzepte für Notfallhelfer-Systeme nach § 23 vorzusehen.

5.5 In Zusammenhang mit den beschriebenen Befugnissen der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes halten wir § 13 Abs. 5 des Entwurfs für sehr kritisch. Hier ist offenbar eine umfassende Weisungsbefugnis der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes vorgesehen. Die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes ist bei der Erfüllung der medizinischen Aufgaben selbst nicht an Weisungen gebunden, im Einsatz gegenüber dem ärztlichen und nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal in allen die Patienten des Rettungsdienstes betreffenden Angelegenheiten weisungsbefugt. In der Begründung heißt es hierzu:

„Absatz 5 beschreibt die Weisungsbefugnisse der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst. Die Funktion ähnelt einer Vorgesetztenrolle, entspricht insofern im Vergleich zur Klinik mindestens einer leitenden Oberarztfunktion und ist entsprechend als solche vorzusehen und wahrzunehmen.“

Die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes hat eine administrative Funktion, die sich auf die medizinischen Belange des Rettungsdienstes bezieht. Die Formulierung im Gesetzentwurf beschreibt zusätzlich eine Funktion im Einsatz. Ärztliche Leitungsaufgaben in Bezug auf die medizinischen Maßnahmen an Einsatzstellen werden durch die Leitende Notärztin bzw. den Leitenden Notarzt wahrgenommen. So wird es auch in § 18 Abs. 4 ausgeführt. Der Absatz muss daher dringend korrigiert werden. Klarzustellen ist hierbei aus hiesiger Perspektive, dass das Weisungsrecht nicht die Behandlungsfreiheit des ärztlichen Personals einschränken kann. Das fachliche Weisungsrecht, auch beispielsweise eines Chefarztes gegenüber einem Oberarzt ist darauf reduziert, ihm bestimmte Tätigkeiten und Aufgaben zu übertragen, die er eigenständig erledigt. Dabei ist jeder handelnde Arzt an den Facharztstandard gebunden. Innerhalb des Facharztstandards darf der Arzt jede Methode oder Behandlung anwenden, welche er für geeignet hält. Dies gilt auch im Rettungsdienst. Insoweit könnte die ÄLRD dem Notarzt im Einsatz keine bestimmte Behandlungsmethode vorschreiben. (vgl. Nölling, Dtsch. Ärzteblatt 2024, 121 (18)). Dass es sich gegenüber dem ärztlichen Rettungsdienstpersonal insoweit nur um ein medizinisch-organisatorisches Weisungsrecht handelt, sollte ebenfalls klargestellt werden.

5.6 Die Formulierungen in den Erläuterungen suggerieren eine konkrete Stellenbewertung der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes. Die Stellenbewertung liegt in der Zuständigkeit der Träger und darf durch ein Gesetz nicht vorweggenommen werden – insbesondere, weil für keine andere Tätigkeit oder Aufgabenwahrnehmung im Rettungsdienst solche Festlegungen durch den vorliegenden Entwurf gemacht werden. Hier fordern wir in diesem Sinne eine Anpassung im Gesetzentwurf.

6. Datenerfassung durch die Leitstellen (§ 14)

6.1 In § 14 Abs. 2 Nr. 1 wird die Annahme und Bearbeitung der Notrufnummer 112 als eine der Aufgaben der Leitstelle definiert. Hier sollte die Rufnummer für die Annahme und Bearbeitung von Krankentransporten (in der Regel die 19222) ergänzt werden.

6.2 Der § 14 Abs. 2 ermöglicht den Leitstellen die Echtzeit-Lokalisation von Rettungsmitteln, um eine georeferenzierte Disposition des schnellsten und bedarfsgerechten Rettungsmittels zu ermöglichen. Wir begrüßen, dass die Formulierung explizit auf das jeweils bedarfsgerechte Rettungsmittel abzielt. Die Disposition ausschließlich des schnellsten Rettungsmittels unabhängig von der Bedarfsgerechtigkeit würde dazu führen, dass auch immer höherwertige Rettungsmittel bei der Disposition zu berücksichtigen wären. Damit würde die Ressourcenplanung aus der Rettungsdienstbedarfsplan konterkariert.

6.3 Aus dem Gesetzentwurf ergibt sich für Leitstellen die Möglichkeit, Daten zu und über für den Rettungsdienst relevante Einrichtungen zu erfassen. Hier werden konkrete Einrichtungen – wie beispielsweise die Standorte von Automatisierten Externe Defibrillatoren (AED) in öffentlich zugänglichen Liegenschaften – genannt. Die für den Rettungsdienst relevanten Einrichtungen sind stark von der Gestaltung des Rettungsdienstes abhängig. Daher ist eine konkrete Auflistung in dem Gesetz nicht sinnvoll. Vielmehr sollte die grundsätzliche Möglichkeit zur Erfassung von Daten zu und über für den Rettungsdienst relevante Einrichtungen ermöglicht werden. Die Träger des Rettungsdienstes legen diese dann selber fest.

6.4 In § 14 Abs. 6 sollte im Sinne der Rechtssicherheit der beteiligten Träger der Leitstellen und der Kassenärztlichen Vereinigungen für die geforderte Zusammenarbeit zwischen den Leitstellen und den Selbstverwaltungskörperschaften der Vertragsärzte insbesondere die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst/der zukünftigen Akutleitstelle, auch mit Blick auf die geplanten bundesgesetzlichen Regelungen, der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen vorgesehen werden.

7. Aufzeichnung und Dokumentation (§ 15)

Die im § 15 Abs. 1 geforderte durchgehend strukturierte und digitale Aufzeichnung eines jeden Einsatzes impliziert das Erfordernis einer Vielzahl von digitalen Schnittstellen der hierfür erforderlichen und zum Teil bereits vorhandenen Einzelsysteme. Die Etablierung von digitalen Datenübergaben scheitert in der Praxis nicht selten an den durch die Datenschnittstellen aufgebauten Hürden. Es wird als erforderlich angesehen, auf die Vereinheitlichung des Datenaustausches (z.B. durch ein einheitliches offenes Datenprotokoll bzw. durch ein einheitliches Schnittstellenmanagement) zur Übergabe der medizinischen und einsatzspezifischen Daten hinzuwirken.

8. Qualitätsmanagement (§ 16)

8.1 Die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes soll durch eine „sachkundige Person“ in Belangen des Qualitätsmanagements unterstützt werden. Der gewählte Text im Entwurf impliziert, dass dies nur eine einzelne Person sein darf. Wir bitten in diesem Zusammenhang um eine textliche Klarstellung, dass auch mehrere Personen eingesetzt werden können. Das reine Abstellen auf die Sachkunde einer Person erscheint hier nicht zielführend. Vielmehr sollte die Aufgabenwahrnehmung durch „Personen

mit einer geeigneten Qualifikation“ übernommen werden. Zudem kann sich das Qualitätsmanagement durch die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes nur auf die medizinische Qualität beziehen.

8.2 Gemäß § 16 Abs. 3 soll das MAGS NRW ermächtigt werden, nach Anhörung der Mitglieder des Landesfachbeirates Verwaltungsvorschriften zu Art und Umfang einzelner Qualitätskriterien zu erlassen. Wir sehen indes im Landesfachbeirat kein fachliches Entscheidungsgremium.

Vielmehr gehen wir davon aus, dass das MAGS NRW sich seine Fachexpertise zu rettungsdienstlichen Themen insbesondere aus dem Kreis der Fachinstitutionen, Behörden und Institutionen einholt, bevor entsprechende Festlegungen getroffen werden.

9. Rettungsdienstbedarfsplanung (§ 17)

9.1 Der Gesetzentwurf ermöglicht die „nachrichtliche“ Berücksichtigung einer Prognose bei der Analyse zukünftiger Bedarfe für den Rettungsdienst. Um mit einer Rettungsdienstbedarfsplanung die dynamische Entwicklung in der Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes korrekt und bedarfsgerecht abzudecken, ist die Berücksichtigung von validen Prognosen in der Bedarfsplanung unerlässlich. Wir sehen daher in der enthaltenen Formulierung starken Nachbesserungsbedarf im Sinne der aufgeführten Argumentation.

9.2 Grundsätzlich ist im § 17 des Entwurfes die Rede von „Standorten der bedarfsgerechten Rettungswachen“, welche sich in der Bedarfsplanung wiederfinden sollen. Es muss klargestellt werden, dass es sich hierbei vielmehr um „bedarfsgerechte Rettungsdienststandorte (z. B. Rettungswachen, Standorte Akuttransportwagen, Standorte der Akutgesundheitsdienste...)“ handelt. Nur so werden die Erfordernisse an Standorte der nach diesem Entwurf dargestellten Leistungen des Rettungsdienstes ausreichend berücksichtigt.

9.3 § 17 Abs. 3 legt fest, dass bei der rettungsdienstlichen Bedarfsplanung die Ressourcen der benachbarten Träger zu berücksichtigen sind. Eine solche Vorgehensweise ist zielführend und aus unserer Sicht auch erforderlich im Sinne der wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Vorhaltung. Jedoch darf dies nicht dazu führen, dass nachbarschaftlichen Ressourcen vor der Ermittlung der eigenen ortsspezifischen Bedarfe in der Art zu berücksichtigen sind, dass eine Verzerrung der Bedarfsermittlung damit einhergeht. Vielmehr sind zunächst die örtlichen Bedarfe festzulegen und erst dann Verhandlungen zu einem öffentlich-rechtlichen Vertrag der benachbarten Träger über die gebietsübergreifende Nutzung vorhandener Ressourcen zu führen. Wir bitten an dieser Stelle um Klarstellung im Sinne der aufgeführten Argumentation im Gesetzentwurf.

9.4 Im § 17 Abs. 5 ist die Vorhaltungen des betrieblichen Rettungsdienstes gemäß § 21 des Entwurfes ebenso wie die Fahrzeuge von Unternehmen mit einer Genehmigung nach § 29 zu berücksichtigen.

9.5 In der Folge der zuvor von uns gestellten Forderungen zum Entwurf des § 12 „Trägerschaften“ ist hier folgerichtig, das Beteiligungsverfahren der Rettungsdienstbedarfsplanung wieder auf die Mittleren und Großen kreisangehörigen Gemeinden auszudehnen.

9.6 § 17 Abs. 7 regelt die Beteiligungsverfahren der Bezirksregierungen bei fehlendem Einvernehmen mit den Kostenträgern zum Rettungsdienstbedarfsplan. Die Erfahrungen der letzten Jahre hat deutlich gezeigt, dass dieses Verfahren mitunter mehrere Jahre in Anspruch genommen hat. Hier wäre eine Ergänzung sinnvoll und aus unserer Sicht auch erforderlich, dass dieses Beteiligungsverfahren in der Bearbeitungsdauer der Sicherstellungspflicht des Trägers nicht entgegenstehen darf. Hierfür brauchen wir eine adäquate, der Sache dienlichen Fristfestsetzung.

9.7 In § 17 Abs. 8 wird eine Frist für die Übermittlung eines Berichts an die Krankenkassen über die rettungsdienstlich relevante Haushaltswirtschaft sowie Einsatzzahlen des abgelaufenen Jahres bis jeweils zum 30.04. nach Schluss eines jeden Haushaltsjahres definiert. Wir weisen darauf hin, dass diese Frist aufgrund der Prozesse in den Kommunalverwaltungen nicht haltbar sein wird. Es wird empfohlen, diese Frist auf den 30.09. eines Jahres zu setzen.

10. Außergewöhnliche Schadensereignisse, Führungsorganisation (§ 18)

10.1 Der Gesetzentwurf beschreibt eine „Rettungsdienstliche Einsatzleitung". Wir sind der festen Überzeugung, dass Maßnahmen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr durch eine gesamtverantwortende Einsatzleitung geleitet werden müssen. Eine fachliche Differenzierung nach Art der Schadensereignisse oder Maßnahmen ist aufgrund der Verzahnung der Systeme nicht möglich. Aus unserer Sicht sollte das Gesetz vorsehen, dass Einsatzleitungen durch rettungsdienstliches Fachpersonal – beispielsweise Leitende Notärzte und Organisatorische Leiter des Rettungsdienstes – ergänzt werden müssen. Diese entscheiden in den Einsatzleitungen über medizinische Maßnahmen und/oder Versorgungsniveaus, die an den Einsatzstellen umzusetzen sind.

10.2 Statt eine Einsatzleitung Rettungsdienst festzulegen, kann hier festgelegt werden, dass ein Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung" an den Einsatzstellen in der Regel zu etablieren ist. Dieser wird in der Regel, durch die im Entwurf beschriebene Kombination geleitet. Sofern es sich um einen Einsatz mit ausschließlich rettungsdienstlichems Schwerpunkt handelt, wird die Einsatzabschnittsleitung medizinische Rettung mit der Einsatzleitung zusammengeführt.

10.3 Ferner weisen wir darauf hin, dass auch in diesem Absatz der Verweis auf die Fahrzeuge des betrieblichen Rettungsdienstes nach § 21 dieses Entwurfes fehlt.

10.4 In § 18 Abs. 6 wird auf die Nicht-Öffentlichkeit sicherheitsrelevanter Einsatzplanungen verwiesen. Der Absatz ist zu streichen. Der Rettungsdienstbedarfsplan ist dem Grunde nach ein öffentliches Dokument. Andere Vorgaben wären im Wege des Geheimschutzes zu definieren.

10.5 Der letzte Satz in § 18 Abs. 7 definiert umfassende Ermächtigungsgrundlagen zur Regelung von einsatzbezogenen Abläufen und Strukturen. Diese umfassende Ermächtigung ignoriert, dass für die genannten Bereiche bereits etablierte Standards gelten. Die Festlegung über Verwaltungsvorschriften birgt die Gefahr, dass Weiterentwicklungen oder Innovationen nicht mit der ausreichenden Dynamik verfolgt und etabliert werden können.

11. Besondere Lagen (§ 19)

11.1 Der Rettungsdienst unterstützt nicht bei Katastrophen die Gefahrenabwehr, sondern ist vielmehr ein integraler Bestandteil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes.

11.2 Der im § 19 Abs. 2 beschriebene Prozess deckt sich nicht mit der mehrheitlich etablierten Arbeitsweise. Im Regelfall wird der Sanitätsdienst durch die Träger im Rahmen der Beteiligung im Genehmigungsverfahren von Veranstaltungen bemessen.

12. Telenotarzt (§ 20)

12.1 In § 20 Abs. 1 Nr. 1 des Entwurfs wird eine „Unterstützung des vor Ort eingesetztes Rettungsdienstpersonals bei der Diagnostik und Einschätzung des Patientenzustandes“ durch den Telenotarzt vorgesehen. Dies lässt vermuten, dass der Telenotarzt nach den Vorstellungen des Gesetzesentwurfes nicht die Behandlung übernimmt, sondern die Verantwortung für die Behandlung beim vor Ort eingesetztes Rettungsdienstpersonal verbleiben soll. In der Gesetzesbegründung wird zu der Funktions- und Verantwortungsteilung zwischen vor Ort tätigem Personal und dem Telenotarzt nicht weitergehend Stellung genommen.

Eine reine Unterstützung wäre nur gegenüber dem ärztlichen Personal vor Ort möglich. Wenn ein Notarzt einen Telenotarzt hinzuzieht, hat dieser eine konsiliarische Funktion.

Sofern allerdings ein nichtärztlicher Rettungsdienstmitarbeiter einen Telenotarzt hinzuzieht, wird der Patient zum Behandlungsfall des Telenotarztes und ist gegenüber dem nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal in medizinischer Hinsicht weisungsbefugt. Der Telenotarzt unterstützt nicht das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal bei der Diagnose, sondern das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal unterstützt den Telenotarzt als „verlängerter Arm“ bei seiner Diagnose. Dies korrespondiert mit § 20 Abs. 1 Nr. 2 des Entwurfs, wonach der Telenotarzt auch medizinische Maßnahmen anleiten bzw. delegieren kann. Die Delegationssituation ist gegeben, da es sich um die eigene Behandlung des Telenotarztes handelt. Dementsprechend ist es notwendig, den Gesetzentwurf hinsichtlich der Aufgaben- und Verantwortungsteilung zwischen dem nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal und dem Telenotarzt zu präzisieren.

12.2 Im § 20 Abs. 5 ist die Anhörung durch das MAGS NRW auf die Fachverbände auszuweiten.

13. Betrieblicher Rettungsdienst (§ 21)

13.1 Die Regelungen in § 21 Abs. 1 sollten für Neu- und Wiedererteilungen von Genehmigungen gelten. Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass Betrieben weiterhin die Möglichkeit eingeräumt werden muss, im Rahmen des betrieblichen Rettungsdienstes an der Notfallrettung teilzunehmen. Die im Entwurf enthaltene Formulierung verhindert die Ausweitungen oder die Neuerteilung von Genehmigungen. Diese Möglichkeit muss jedoch gegeben sein, um Betrieben unter den genannten Voraussetzungen die Teilnahme an der Notfallrettung im Sinne der Träger zu ermöglichen. Ebenso erwarten wir die Möglichkeit einer Anordnung analog zu den Werkfeuerwehren aus dem BHKG.

13.2 Bei Betrieben, Werk-, Standort- oder Industrieparkbetreiber, die gleichzeitig über eine angeordnete oder anerkannte Werkfeuerwehr gem. § 16 BHKG NRW verfügen, ist der betriebliche Rettungsdienst dieser organisatorisch anzugliedern und die jeweiligen Zuständigkeits- bzw. Ausrückebereiche nach BHKG NRW und RettG NRW durch die zuständigen Aufsichtsbehörden gleichermaßen zu regeln.

13.3 Im § 21 Abs. 3 ist der zweite Satz zu streichen. Es gelten die Regelungen zur Einsatzleitung nach BHKG NRW.

14. Zusammenarbeit mit Krankenhäusern (§ 22)

Es wird in § 22 Abs. 3 den Krankenhäusern die Benennung einer zentralen Notfallkoordination auferlegt. Diesen Schritt begrüßen wir sehr, da hiermit eine effizientere Kommunikation in der Schnittstelle Rettungsdienst/Klinik und der Patientensteuerung innerhalb des Krankenhauses gewährleistet wird. Wir empfehlen hier eine medizinisch-fachliche Qualifikation als Funktionsvoraussetzung zu definieren. Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere kleinere Krankenhäuser diese Funktion ansonsten zum Teil an nicht sachkundiges Personal delegieren, die gegenüber dem Rettungsdienst medizinisch nicht aussagefähig sind.

15. Notfallhelfersysteme (§ 23)

15.1 Notfallhelfersysteme unterstützen nicht den Rettungsdienst, sondern vielmehr die schnelle Erste Hilfe am Patienten. An dieser Stelle im Gesetzentwurf bitten wir um eine Textanpassung.

15.2 Analog zum Akutdienst wünschen wir uns zu den Notfallhelfersystemen einen Hinweis bzw. eine Festlegung zu Refinanzierungsmöglichkeiten.

16. Beteiligung anerkannter Hilfsorganisationen oder Dritter (§ 26)

In § 26 Abs. 2 wird für die nach § 12 Abs. 2 Beauftragten im Rettungsdienst die Möglichkeit eröffnet, die Durchführung der operativen Aufgaben auf anerkannte Hilfsorganisationen oder Dritte durch öffentlich-rechtlichen Vertrag zu übertragen.

Wir sind uns darüber einig, dass diese Art der Aufgabenübertragung ausschließlich den Trägern des Rettungsdienstes vorbehalten bleiben sollte. Andernfalls würden Parallelstrukturen geschaffen, die am Träger und dessen Qualitätsmanagement vorbeigehen und die Aufsicht über den Rettungsdienst verkomplizieren. Zudem entstehen durch eine solche ggf. nicht mit dem Träger abgestimmte Beauftragung unnötige Kosten, die wiederum durch den Träger des Rettungsdienstes gegenüber den Krankenkassen argumentiert werden müssen, obgleich dieser die Beauftragung nicht durchgeführt hat. In diesem Zusammenhang weisen wir auch auf § 26 Abs. 3 hin, wonach die Beteiligten als Verwaltungshelfer im Namen des Trägers des Rettungsdienstes handeln sollen. Diese rechtliche Konstellation schließt unseres Erachtens eine Übertragung der Aufgaben durch die Beauftragten im Rettungsdienst auf die genannten Organisationen bzw. Dritte aus.

17. Gebühren (§ 27)

17.1 Der Gesetzentwurf sieht erstmals eine eigene Gebühr für die Leistung der Leitstelle vor. Damit wird der administrative Aufwand in der Gebührenstellung stark erhöht. Jeder Einsatz des Rettungsdienstes ist grundsätzlich mit einer Leistung der Leitstelle – also der Entgegennahme eines Notrufs, der Einschätzung des Notfalls und der Disposition von Rettungsmitteln – verbunden. Da alle Kosten der Leitstelle im Anteil der Inanspruchnahme für den Rettungsdienst anrechnungsfähig sind, ist eine zusätzliche Gebührenerhebung nicht erforderlich. Vielmehr ist die konkrete Ausweisung der auf den Rettungsdienst entfallenden Kosten der Leitstelle in den der Gebührenberechnung zugrundeliegenden Betriebsabrechnungsbögen sinnvoll und erfüllt den im Gesetzentwurf dargestellten, gemeinten Zweck.

17.2 Die seit Jahren bereits andauernde und aktuell wieder neu aufgegriffene Diskussion der Kostenträger zu Abrechnung von Fehleinsätzen, Fehlfahrten oder auch Leerfahrten führt – sollten sich die Kostenträger in diesem Zusammenhang in den derzeitigen laufenden Klageverfahren durchsetzen – zu einer drohenden erheblichen Unterfinanzierung der Träger der Rettungsdienste bzw. Träger von Rettungswachen. Derzeit übernehmen Kreise, kreisfreie Städte und mittlere bzw. große kreisangehörige Gemeinden diese Aufgaben als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung. Künftig sollen diese Aufgaben nur noch Kreise und kreisfreie Städte wahrnehmen. Aus den vorangestellten Erklärungen zum Gesetzesentwurf ist folgender Passus zu entnehmen:
Für die Kreise und kreisfreien Städte ergeben sich daher in Anrechnung der Gebühren nach § 3 Absatz 4 KonnexAG keine Belastungen im Sinne des KonnexAG. Folglich ist kein Belastungsausgleich seitens des Landes zu zahlen.

Um einen solchen dann erforderlichen Belastungsausgleich des Landes an die Träger des Rettungsdienstes künftig zu verhindern, sollte im Gesetz klargestellt werden, dass alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Sicherstellung der Verfügbarkeit von Rettungsmitteln gemäß aktueller Rettungsdienstbedarfsplanung in Gänze der Vorhaltung zuzurechnen sind. Dazu gehören auch unvermeidbare Betriebskosten durch betriebsbedingte Fahrten der Rettungsmittel. Das sind beispielsweise Fahrten zu Werkstätten oder auch Fahrten ohne Patiententransport.

17.3 Es sollte klargestellt werden, dass bei der Kalkulation der Gebührensätze der betriebswirtschaftliche Kostenbegriff zur Anwendung gelangt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gebühren keine freiwillig erhobenen Gebühren, sondern Pflichtgebühren sind, vgl. § 77 Abs. 2 Ziff 1 GO NRW sind.

18. Landesfachbeirat für den Rettungsdienst (§ 28)

18.1 Wie bereits ausgeführt, sehen wir im Landesfachbeirat kein fachliches Entscheidungsgremium. Bei der Zusammensetzung des Landesfachbeirates muss sich für die kommunalen Spitzenverbände die Anzahl der Mandate über die Aufgabenwahrnehmung wiederspiegeln.

18.2 Die zu erlassende Geschäftsordnung muss eine Mandatsverteilung beschreiben, die Aufgabenwahrnehmung im Rettungsdienst widerspiegeln. Die wirksame und der Aufgabenwahrnehmung entsprechenden Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände muss daher über eine im Zuge dieser Bewertung ermittelten Anzahl von Mandaten sichergestellt sein.

19. Genehmigungspflicht (§ 29)

Hier ist eine Konkretisierung der/des zuständigen Hauptverwaltungsbeamtin/ Hauptverwaltungsbeamten erforderlich, da auch hier die Zuständigkeit der Genehmigungserteilung ausschließlich beim Träger des Rettungsdienstes liegen sollte. Zudem empfehlen wir, dass die Genehmigung durch die für den Rettungsdienst zuständige Stelle bzw. den Träger des Rettungsdienstes selbst erfolgt und dies entsprechend in den Ausführungen zu § 29 konkretisiert wird.

20. Anhörungsverfahren (§ 32)

Wir regen an, im § 32 Abs. 1 die Verbände der Krankenkassen anstelle der örtlich zuständigen Krankenkassen aufzuführen.

21. Benutzungsentgelte von Unternehmern (§ 37)

21.1 Der Entwurf regelt in § 37 Abs. 2 die Vorlage von Kosten- Leistungsrechnungen der Unternehmen gemäß der in § 37 Abs. 1 geschlossenen Verträge zwischen Unternehmen und Krankenkassen. Dabei wird definiert, dass wenn es nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres zu einem Anschlussvertrag kommt, die auf der Grundlage der Rechnungsschlussunterlagen übermittelten Benutzungsentgelte ab dem 1. Oktober als vereinbart gelten.

Diese Regelung kann dazu führen, dass Unternehmer einseitig die finanzielle Ausgestaltung ihrer Leistungserbringung zum Nachteil der Kostenträger verändern können. Eine Verzerrung des Wettbewerbes in Richtung der öffentlich-rechtlichen Aufgabenträger ist somit nicht auszuschließen.

21.2 Außerdem sollte zusätzlich zum Bezug auf § 29 auch der betriebliche Rettungsdienst gemäß § 21 aufgenommen werden.

22. Bußgeldvorschriften (§ 42)

Die Regelungen im § 42 des Entwurfes regeln Sanktionen für nicht erbrachte Leistungen des Rettungsdienstes für Unternehmer. Hier wäre es geboten, eine Sanktionierung für jeden Vorhaltetag, an welchem die Leistung nicht erbracht bzw. die Genehmigung nicht erfüllt wird, zu ermöglichen. Eine solche Regelung entspricht der Wertigkeit von Sanktionen im Kontext der Sicherstellungspflicht der Träger, bei gleichzeitigem Gebot der Berücksichtigung von Genehmigungen.

23. Übergangsregelungen (§ 44)

Die Regelungen des § 44 Abs. 4 des Entwurfes sind mit einem festen Datum versehen. Wir denken, dass eine Frist mit dem Passus, „... vor Inkrafttreten dieses Gesetzes...“ ausreichend definiert ist.

24. Tragehilfe im Krankentransport durch Einsatzkräfte der Feuerwehr

Seit einiger Zeit ist zu beobachten, dass im Krankentransport immer häufiger Einsatzkräfte der Feuerwehr angefordert werden, um beim Tragen von Patientinnen und Patienten zu unterstützen. Dieser Bedarf ist regional sehr unterschiedlich. Gerade in Bereichen der Freiwilligen Feuerwehren ist diese Einbindung der Einsatzkräfte zu vermeiden und durch den originären Zweck nicht gedeckt. Wir würden es begrüßen, wenn Träger des Rettungsdienstes über das Rettungsgesetz einen Hinweis erhalten, dass die Träger geeignete Strukturen zu etablieren haben, um Unterstützungsbedarfe im Krankentransport zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu entwickeln.