



**Neue Herausforderungen.
Neue Technik.
Neue Ziele.**

Zur Novelle des RettG NRW.



Foto: Feuerwehr Ratingen

Vorwort

Mehr als 70 Prozent aller rettungsdienstlichen Leistungen werden in unserem Bundesland durch die Feuerwehren der kreisfreien und kreisangehörigen Städte erbracht. Die Feuerwehren sind in Nordrhein-Westfalen der größte Leistungserbringer im Rettungsdienst und garantieren als kommunale Einrichtungen den nicht übertragbaren Sicherstellungsauftrag einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung für die Trägerin bzw. den Träger des Rettungsdienstes. Daher ist für die Feuerwehren nicht nur das Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz (BHKG) von besonderer Bedeutung – das Rettungsgesetz (RettG NRW) steht ebenso gewichtig daneben und bildet die gesetzliche Grundlage für eine Vielzahl der Einsätze, welche die Feuerwehren in NRW tagtäglich zu Tausenden erbringen. Die Novellierung des RettG NRW findet parallel zur Weiterentwicklung des BHKG statt. Da die zwei Gesetze viele Schnittstellen haben, müssen die für die jeweilige Novellierung zuständigen Ministerien diese sehr eng abstimmen.

Kernziel der anstehenden Novellierung des Rettungsgesetzes muss die Adaption an die aktuellen Reformbemühungen des Gesundheitswesens sein. Dazu gehört auch der konsequente, sektorenübergreifende Ausbau der Digitalisierung der präklinischen Versorgung. So hat sich in den vergangenen Jahren der Einsatz von Telenotärztinnen und Telenotärzten in Pilotphasen bewährt. Es ist sinnvoll und notwendig, zukünftig flächendeckend die Telemedizin in einigen Leitstellen zu etablieren, so dass landesweit Telenotarzt-Angebote zur Verfügung stehen. Auch müssen Datenschutzbestimmungen so gefasst werden, dass sie im Rettungsdienstalltag sektorenübergreifend umsetzbar sind. Ebenso wird unabdingbar für erforderlich gehalten, Regelungen für Notfall-Krankentransportwagen als Einsatzmittel zwischen dem hoch qualifizierten Rettungswagen und dem normalen Krankentransportwagen aufzunehmen. Die weitere Ergänzung des Spektrums disponierbarer Einsatzmittel muss sektorenübergreifend an das Portfolio der ambulanten und klinischen Leistungen adaptiert werden, um zukünftig eine Durchlässigkeit der Systeme zu sichern. Auf die erfolgreichen Modellprojekte, u. a. in Ostwestfalen-Lippe zur Kopplung des Notrufes 112 und der KV-Servicestelle 116117, wird verwiesen.

Geprägt wird die Leistungserbringung der Feuerwehren im Rettungsdienst durch die multifunktionale Ausbildung des hauptamtlichen Personals der Feuerwehren als Einsatzkräfte des Brandschutzes bzw. der Hilfeleistung und des Rettungsdienstes. Die Feuerwehren sind so ein Garant für die Verfügbarkeit von Rettungsdiensteinsatzkräften sowohl bei besonderen Schadenslagen als auch

bei personellen Engpässen bei der regulären Besetzung der eigenen Rettungsdienstfahrzeuge sowie bei der Kompensation von Spitzenlasten und stärken somit den Sicherstellungsauftrag der Trägerin bzw. des Trägers. In der Praxis kann auch nur so sichergestellt werden, dass rettungsdienstliche Ressourcen, die planmäßig durch Verwaltungshelfer gem. § 13 RettG im Rettungsdienst besetzt werden, aber temporär mangels Personalverfügbarkeit durch diese nicht besetzt werden können, dennoch einsatzbereit bleiben. Wären nicht viele Tausend feuerwehrtechnische Beamtinnen und Beamte auch ausgebildete Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, wäre der Wegfall der Einsatzbereitschaft zahlreicher Rettungsdienstfahrzeuge bereits heute regelmäßig nicht mehr verhinderbar. Daher ist es weiterhin zwingend erforderlich, Feuerwehrbeamtinnen und -Beamte im Einsatzdienst auch zu Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern auszubilden und sie so bedarfsabhängig sowohl im Brandschutz und der Hilfeleistung als auch im Rettungsdienst einsetzen zu können. Die hierdurch erzielten Kompetenzen ergeben in der Gesamtbetrachtung einen einzigartigen synergetischen Zugewinn.

Darüber hinaus hat sich in den Kreisen, die diese Möglichkeit nutzen, die Einbindung kreisangehöriger Städte als Träger von Rettungswachen bewährt. Zahlreiche kreisangehörige Städte haben ihre Rettungswachen organisatorisch in ihre Feuerwachen integriert und ermöglichen so eine hohe Flexibilität bei der personellen Besetzung der Rettungsdienstfahrzeuge und bringen bestes einsatzbezogenes Know-How mit, unter anderem eine maximale Ortskenntnis der Einsatzkräfte zur schnellen und sicheren Anfahrt zu den Einsatzstellen – Rettungsdiensteinsätze sind regelhaft zeitkritische Einsätze, bei denen ein zeitraubendes Suchen von Einsatzstellen Menschenleben gefährden könnte. Die Trägerschaft von Rettungswachen durch kreisangehörige Städte hat sich bewährt und sichert die beschriebenen 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. Daher ist es erforderlich, die diesbezüglich bewährte Rechtslage bei gleichzeitiger Sicherstellung der Durchgriffsrechte der Kreise als Träger auch zukünftig zu erhalten.

Bei Fragen zu unseren Anregungen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Ihr erster Ansprechpartner ist der Vorsitzende des Fachausschusses Rettungsdienst des Verbandes der Feuerwehren in NRW, Kreisbrandmeister Torsten Schams, den Sie unter torsten.schams@vdf.nrw erreichen können.



1. Vorbemerkung

Seit mehreren Jahren steigt die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes in NRW stetig. Bundesweit haben sich die Leistungsfälle in der Notfallrettung (RTW, NEF) zwischen 2000 und 2020 verdoppelt*. Auswertungen einzelner Trägerinnen und Träger weisen darauf hin, dass ein überwiegender Anteil der Einsätze in der Notfallrettung retrospektiv betrachtet das Kriterium einer lebensbedrohlichen Lage oder schwerer gesundheitlicher Schäden nicht erfüllt. Allerdings erfordern die meisten Einsätze – nach Auswertung einzelner Trägerinnen/Träger etwa zwei Drittel – dennoch eine dringliche medizinische Intervention. Bei den Einsätzen, die eine dringliche medizinische Intervention nicht erfordern, ist kritisch zu hinterfragen, warum diese nicht durch die weiteren Säulen der Notfallversorgung (kassenärztliches System,

Pflege- und soziales System, ...) übernommen werden oder übernommen werden können. Das Rettungsgesetz muss den Trägerinnen und Trägern des Rettungsdienstes ermöglichen, auf diese Steigerungen sinnvoll zu reagieren und den Rettungsdienst – sowohl die Notfallrettung als auch den Krankentransport – weiterzuentwickeln. Dazu zählt auch die weitere Ausdifferenzierung der Leistungen im Rettungsdienst. Dabei muss für die Trägerinnen und Träger eine verlässliche Finanzierungsgrundlage gegeben sein.

* Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Leistungsfälle bei Rettungsfahrten und Krankentransporten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Rettungs-/Transportmittel, Kassenart, Versichertengruppe

https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=54395103&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=282&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=



2. Rettungsdienstbedarfsplanung

Die Rettungsdienstbedarfsplanung berücksichtigt für die Ermittlung der notwendigen Ressourcenvorhaltung im Regelfall Datensätze eines vollständigen, zurückliegenden Jahres. Bis zur Realisierung des beschriebenen Bedarfs ist dieser – aufgrund der stetigen Steigerung der Inanspruchnahme – häufig bereits nicht mehr ausreichend. Dabei geht es bei der steigenden Inanspruchnahme nicht nur um den Erreichungsgrad bezogen auf die Hilfsfrist, sondern auch um die Auslastung der Einsatzmittel. Für eine zukunftsfähige und nachhaltige Rettungsdienstbedarfsplanung sind folgende Elemente daher sinnvoll:

- Für die quantitative Bemessung der Ressourcenvorhaltung darf die lokale Entwicklung der wesentlichen Parameter für die Analyse berücksichtigt und daraus eine Prognose abgeleitet werden. Dabei kann beispielsweise eine gestufte Anpassung der Vorhaltung über die Gültigkeitsdauer eines Rettungsdienstbedarfsplans definiert werden.

- Bei nicht berücksichtigten Veränderungen in der Inanspruchnahme und einer signifikanten Auswirkung auf den Erreichungsgrad ist auch während der Laufzeit eines Rettungsdienstbedarfsplans eine Anpassung der Ressourcenvorhaltung einfach möglich, sofern alle anderen kostenbildenden Parameter unverändert bleiben. Dabei ist eine Fortschreibung oder Erneuerung des Rettungsdienstbedarfsplans nicht erforderlich.

Die Bedarfsplanung ist hinsichtlich der kostenbildenden Qualitätsmerkmale weiterhin originäre Aufgabe der Kreise und kreisfreien Städte. Das zuständige Ministerium kann auf der Grundlage landesweit vereinheitlichter und kooperativ abgestimmter Rahmenbedingungen, welche auch die Luftrettung als auch die betriebsbereich- und sektorenüberschreitende Zusammenarbeit sowie die Schnittstellen zu den Leitstellen und die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern berücksichtigt, entsprechend ergänzende Weisungen erteilen.





3. Weitere Differenzierung der Leistungen im Rettungsdienst

Die Einführung des Genehmigungsvorbehalts für Krankentransporte im Jahr 2004 (§ 6 Krankentransport-Richtlinie G-BA i. V. m. § 92 SGB V) hat zu Fehlanreizen und Fehlsteuerungen im Rettungsdienst geführt, da Krankentransportwagen nicht mehr voll umfänglich dringliche Einsätze übernehmen können und diese auch von den Rettungswagen übernommen werden müssen. Diese Differenzierung ist aber wirtschaftlich, sachlich und für die Lenkung und Leitung von rettungsdienstlichen Einsätzen notwendig.

Bis zur Änderung des Bundesrechts soll das Rettungsgesetz die Voraussetzungen für den Einsatz von KTW auch für dringliche, aber nicht lebensbedrohliche Einsätze ohne verzögernde Genehmigungsvorbehalte garantieren.

3.1 Notfall-KTW

Insbesondere für Trägerinnen/Träger des Rettungsdienstes, die den Krankentransport vollständig oder zu einem großen Teil über Genehmigungen nach § 17 RettG abbilden, besteht die Schwierigkeit, dass ein Ressourcenmangel im Krankentransport unmittelbar und ohne Möglichkeit einer Kompensation durch die Trägerin/den Träger und ohne Vorlaufzeit zu einer Verschiebung von Einsätzen im Krankentransport in die Notfallrettung führt. Umgekehrt hat die Trägerin/der Träger nicht die Möglichkeit, Notfälle, welche die Kriterien der Notfallrettung nicht erfüllen, aber dennoch die Entsendung eines Rettungsmittels erfordern, über den Krankentransport zu bedienen.

Daher ist die Etablierung von Notfall-KTW als Rettungsmittel des Rettungsdienstes die für die Reaktion bei Notfallmeldungen, welche nicht der Hilfsfrist in der Notfallrettung unterliegen, sinnvoll. Die bisher gefor-

derte Qualifikation zur personellen Besetzung eines KTW ist dabei fachlich vollständig ausreichend.

In einer Diskussion zu Wünschen einer höheren Qualifikation müsste sowohl die zur Verfügung stehende Ausbildungskapazität als auch der Fachkräftemangel Berücksichtigung finden: Eine mögliche neue Ausbildung müsste über die Rettungsdienstschulen abgebildet werden. Diese werden allerdings bereits jetzt vollumfänglich für die Notfallsanitäterausbildung und die im Stundenumfang angepasste Rettungssanitäterausbildung stark gefordert.

Der Fachkräftemangel im Rettungsdienst – insbesondere bei den Hilfsorganisationen – besteht nicht nur im Bereich der Notfallsanitäterinnen/Notfallsanitäter, sondern mittlerweile auch im Bereich der Rettungssanitäterinnen/Rettungssanitäter. Die Etablierung einer neuen Qualifikation würde den Fachkräftemangel verschärfen und die flächendeckende und zuverlässige Etablierung von Notfall-KTW unmöglich machen.

3.2 Notfallmedizinische Ersteinschätzung

Eine valide Einschätzung der tatsächlichen medizinischen Indikation über einen Notruf ist sehr herausfordernd. Dabei geht es insbesondere um nicht eindeutig feststellbare Erkrankungs- oder Verletzungsmuster, die im Grenzbereich zwischen notfallmedizinischer und hausärztlicher bzw. pflegerischer Versorgung liegen. Um eine sichere Versorgung im Sinne der Patienten zu garantieren, wird im Zweifel die höhere Versorgungsstufe – also die Notfallrettung – durch die Leitstellen gewählt. Durch eine veränderte gesellschaftliche Verankerung der Versorgung im niedergelassenen ärztlichen Bereich gibt es valide Hinweise darauf, dass damit die Inanspruch-

nahme des Rettungsdienstes gerade in dem beschriebenen Grenzbereich steigt.

Um sowohl einen sicheren Umgang für die Leitstellen als auch eine sichere notfallmedizinische Versorgung für die Patienten bei gleichzeitig ressourcenschonendem Einsatz der Notfallrettung gewährleisten zu können, kann die qualifizierte notfallmedizinische Ersteinschätzung in Präsenz eine wesentliche Lösung sein. Dazu kann ein System im Sinne der Notfallrettung etabliert werden, in dem Fahrzeuge mit einer telemedizinischen Ausstattung, besetzt durch Personal mit Ausbildung aus dem Bereich der Pflege oder aus dem Rettungsdienst mit dem Qualifikationsniveau Rettungssanitäter bzw. Rettungshelfer, zu diesen Fällen disponiert werden.

Mit den Erkenntnissen vom Einsatzort erfolgt dann eine qualifizierte notfallmedizinische Ersteinschätzung und eine darauf basierende Entscheidung, ob ein Einsatz der Notfallrettung erforderlich ist oder andere Systeme (Pflegedienste, Hausarzt, KV-Notdienst, ...) besser für die Versorgung geeignet sind. Diese Ansätze werden bundesweit in unterschiedlichen Pilotprojekten mit unterschiedlicher Ausprägung evaluiert. Sofern die Evaluierungen noch nicht vollständig sind, kann ein solches System auch im Rahmen einer Experimentierklausel im Rettungsgesetz aufgebaut werden.

3.3 Entwicklung neuer Ansätze

Um eine zielgerichtete Weiterentwicklung in der rettungsdienstlichen Versorgung durch die Evaluierung unterschiedlicher Ansätze zu ermöglichen, ist die Etablie-

rung einer Experimentierklausel im Rahmen einer Novellierung aus Sicht der Trägerinnen/Träger im Rettungsdienst sinnvoll. Diese Experimentierklausel sollte einen strukturierten Prozess zur Bildung neuer Ansätze im Rettungsdienst vorsehen. Dabei müssen Gesundheitsministerium und Kostenträger die Initiative der jeweiligen Trägerin/des jeweiligen Trägers einvernehmlich stützen.

Um aus unterschiedlichen Ansätzen erfolgreiche Systeme zu identifizieren und ggf. flächendeckend zu etablieren, muss ebenfalls ein strukturierter Evaluierungsprozess vorgesehen sein. So können Ergebnisse beispielsweise in einem neu zu bildenden Beirat bewertet werden. Der Beirat sollte dabei aus kompetenten Vertreterinnen und Vertretern aus dem Bereich der Trägerinnen/Träger und Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer, der Kostenträger, des Gesundheitsministeriums und der Wissenschaft bestehen.

3.4 Transportziel in der Notfallrettung

Der Aufbau der gesundheitlichen Versorgung verändert sich stark und wird auch weiter starken Veränderungen und Weiterentwicklungen unterliegen. Diese wirken sich auch auf den Rettungsdienst aus. Neu hinzugekommene Behandlungseinrichtungen können – gerade vor dem Hintergrund der Einführung eines Notfall-KTW oder neuer Ansätze – das für den Patienten am besten geeignete Transportziel sein. Daher sollte die bisherige Definition des Transportziels in der Notfallrettung durch den Begriff „geeignete Behandlungseinrichtung“ wie z. B. Einrichtungen der ambulanten Behandlung oder Palliativeinrichtungen u. ä. ersetzt werden.



4. Unternehmen in der Notfallrettung und im Krankentransport

4.1 Einsatzzentralen von Werkfeuerwehren

Viele Werkfeuerwehren übernehmen in ihrem lokalen Zuständigkeitsbereich häufig auch Aufgaben der Notfallrettung und des Krankentransportes im Rahmen von Genehmigungen nach § 17 RettG. Da im Regelfall die internen Notrufe aus dem Zuständigkeitsbereich der Werkfeuerwehr bei eigenen Einsatzzentralen eingehen, ist neben der Notrufabfrage und Disposition für die Gefahrenabwehr auch die Notrufabfrage und Disposition für den Rettungsdienst sinnvoll abzubilden. Dabei dürfen die Anforderungen an das dort tätige Personal nicht höher sein als an das Leitstellenpersonal der Leitstellen nach § 7 Abs. 1 RettG. Im Rahmen einer Novellierung sollte daher ein Gleichklang der disponierenden Stellen hinsichtlich der notwendigen Qualifikationen formuliert werden.

4.2 Sicherstellung über Genehmigungen

Das Rettungsgesetz ermöglicht den Trägerinnen und Trägern des Rettungsdienstes nach § 17 RettG für die Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung auch Fahrzeuge privater Unternehmen in der Vorhaltung zu berücksichtigen.

Wenn ein Unternehmen einen Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme in der Notfallrettung bzw. im Krankentransport stellt, ist diesem Antrag stattzugeben – sofern alle Vorgaben erfüllt werden. Das ist der Fall, wenn

- die Trägerin/der Träger die Bedarfsdeckung im Krankentransport bzw. in der Notfallrettung nicht erfüllt, oder
- die Trägerin/der Träger die Bedarfsdeckung in der rettungsdienstlichen Versorgung nachweisen kann, das Erteilen der Genehmigung aber keine wesentliche Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit des Rettungsdienstes hat, oder
- die Trägerin/der Träger die Bedarfsdeckung in der rettungsdienstlichen Versorgung nachweisen kann, das Erteilen einer Genehmigung zwar wesentliche Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit hätte, diese Auswirkungen aber durch die Reduktion der eigenen Vorhaltung zu Gunsten der Genehmigungen reduziert werden können.

Wesentliche Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit bestehen dann, wenn durch die Erteilung einer Genehmigung und einer damit einhergehenden Übernahme von Transporten bzw. Einsätzen durch die Genehmigungsinhaberin die Trägerin/der Träger damit rechnen muss, über 10 % der Einnahmen durch Gebühren zu verlieren.

Die so entstehenden finanziellen Defizite bei der Trägerin/dem Träger müssten dann durch die Allgemeinheit ausgeglichen werden. Die Kompensation durch die Allgemeinheit ist nicht zu tolerieren und die Genehmigung wäre zu versagen.

Für die Trägerin/den Träger ist die Reduktion der eigenen Vorhaltung zu Gunsten von Fahrzeugen auf Basis einer Genehmigung nicht zumutbar. Die Trägerin/der Träger müsste in diesem Fall dennoch immer in der Lage sein, den plötzlichen Wegfall einer Genehmigungsinhaberin zu kompensieren (z. B. bei einer Insolvenz). Die für diese Kompensationsfähigkeit notwendige personelle Vorhaltung und damit finanzielle Belastung kann der Trägerin/dem Träger bzw. der Allgemeinheit nicht zugemutet werden.

Im Rahmen einer Novellierung sollte daher darauf hingewiesen werden, dass genehmigte Rettungsmittel seitens der Trägerin/des Trägers zwar in die Sicherstellung einbezogen werden können, ein Antrag auf Genehmigung aber die Trägerin/den Träger selber nicht zur Reduktion der eigenen Vorhaltung zwingen kann.

4.3 Sanktionierung nicht erfüllter Genehmigungen

Sofern eine Trägerin/ein Träger private Einsatzmittel, die auf Basis von Genehmigungen betrieben werden, in die Sicherstellung einbezieht, muss der Trägerin/dem Träger eine starke Sanktionsmöglichkeit gegeben werden, falls die Genehmigungsinhaberin die genehmigte Leistung nicht erbringt und so die Sicherstellung gefährdet. Dazu wäre es hilfreich hohe Geldbußen im Rahmen von Ordnungswidrigkeiten verhängen zu können und jeden Verstoß gegen die Sicherstellung – also beispielsweise jeder nicht erfüllte Vorhaltungstag – als Ordnungswidrigkeit werten zu können.

TELENOTARZT

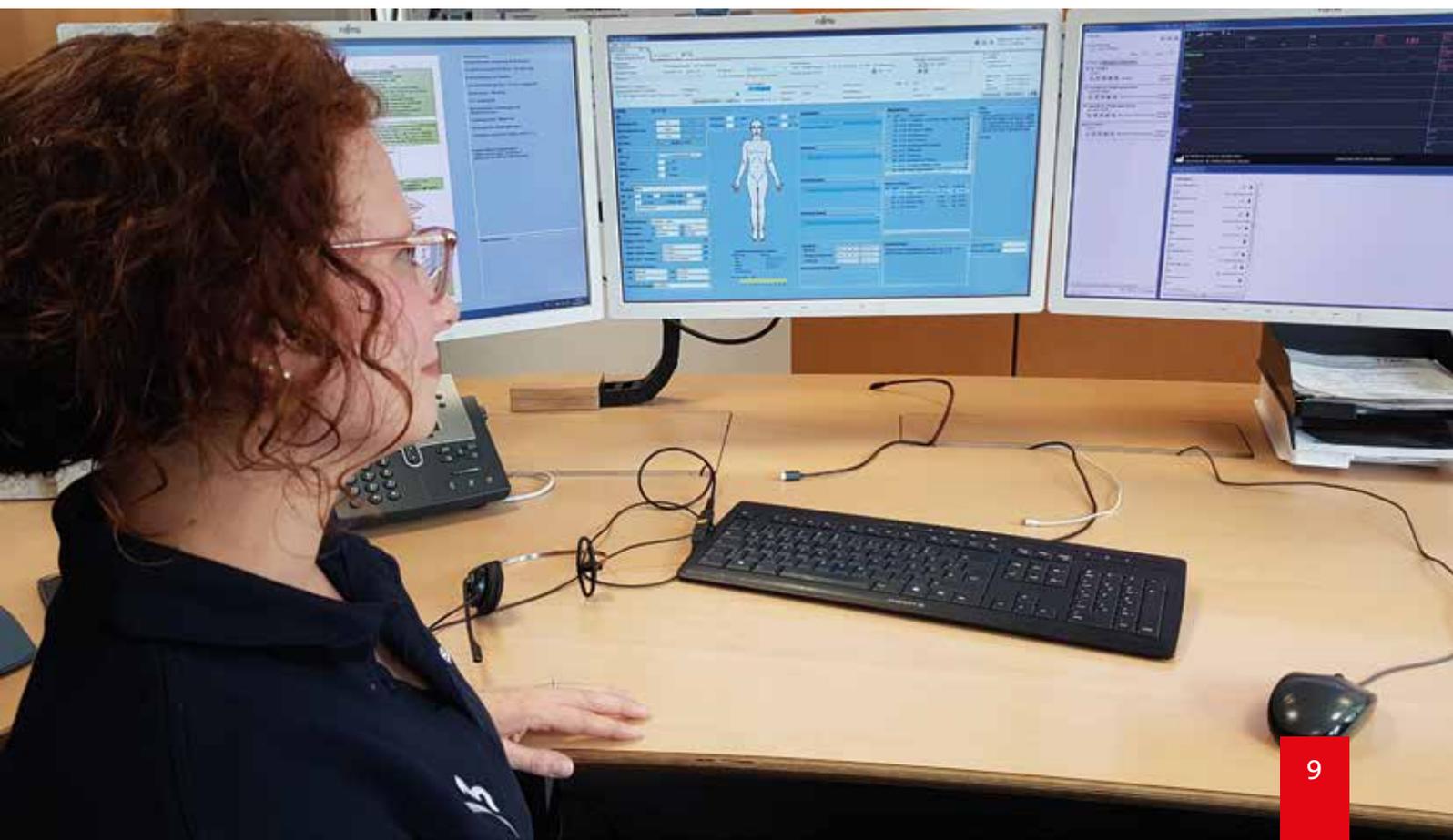
5. Telenotarzt

Die flächendeckende Einführung des Telenotarztes in NRW ist ein wichtiger und notwendiger Schritt zur Erhöhung des Versorgungsniveaus im Rettungsdienst. In aktuell bereits realisierten bzw. in Planung befindlichen Lösungen ist der Standort des Telenotarztes im Regelfall die Leitstelle. Im regulären Notarztsystem ist es durchaus üblich, Notarzteeinsatzfahrzeuge an Kliniken zu stationieren und die ärztliche Besetzung über die betreffende Klinik abzubilden. Dabei wird die unmittelbare Einsatzbereitschaft im Fall einer Alarmierung durch die Klinik gewährleistet. Die enge Verzahnung zwischen klinischer und präklinischer Versorgung bietet dabei viele Vorteile für die Patienten.

Als Standort für einen Telenotarzt ist grundsätzlich nur die Leitstelle geeignet. Kliniken als Standorte sind nur

in Ausnahmefällen denkbar. Das gilt, wenn dadurch fachspezifische, ärztliche Konsultationen telemedizinisch möglich werden, die die Versorgungsgüte in der Notfallrettung noch einmal qualitativ steigern und der Standort in das System der lokalen Gefahrenabwehr eingebunden ist. Es ist zwingend erforderlich, dass eingehende Systemkenntnisse über die lokale Organisation der Gefahrenabwehr vorliegen. Eine Ortsvorgabe sollte nicht erfolgen. Allerdings könnten Kriterien hinsichtlich der Reaktionszeit in einem Telenotarztssystem erfolgen. Diese könnten dann auch bei vertraglichen Bindungen einfließen.

Im Rahmen einer Novellierung sollte daher keine grundsätzliche Standorteinschränkung für den Telenotarzt vorgenommen werden.



6. Gestellung von Notärzten durch Kliniken

Zur Sicherung einer durchgehenden und hochqualitativen notärztlichen Versorgung sind die leistungsfähigen Krankenhäuser zur Gestellung von Notärzten zu verpflichten und ihnen damit auch eine verlässliche Planungsgrundlage zu geben. Dazu ist die bisherige Regelung nach § 11 RettG NRW dahingehend eindeutiger zu

fassen und die Kriterien für mitwirkungspflichtige bzw. ausreichend leistungsfähige Krankenhäuser festzulegen.

Die Gestellung von Notärzten muss dann kontinuierlich und im Umfang der Leistungsfähigkeit angemessen erfolgen.

7. Landesfachbeirat

Die bisherige Zusammensetzung des Landesfachbeirates für den Rettungsdienst sollte so geändert werden, dass dieser eine austarierte, repräsentative Abbildung der Aufgabenträger umfasst. Beispielhaft wäre das möglich, wenn sich der Beirat aus Vertreterinnen und Vertretern

- des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS),
- der kommunalen Spitzenverbände,
- der Kostenträger oder ihrer Verbände,
- dem Verband der Feuerwehren NRW,
- der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe,

- der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
 - der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe,
 - der Leistungserbringenden Dritten und
 - der ärztlichen Leitungen in NRW
- zusammensetzt.

Der Landesfachbeirat hat ausschließlich beratende Funktion für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; er ist in allen Angelegenheiten des Rettungsdienstes von grundsätzlicher Bedeutung zu beteiligen.



Foto: Frank Muhmann



8. Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Die Psychosoziale Notfallversorgung ist mittlerweile integraler Bestandteil des Rettungsdienstes. Ein großer Fokus liegt dabei auf dem Versorgungsangebot für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes selber. Neben der Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen von Fortbildungsangeboten und der Akutintervention im Fall von belastenden Situationen im Einsatzkontext erstreckt sich der notwendige Aufgabenbereich innerhalb des Rettungsdienstes bis hin zur Lotsenfunktion im Bereich ambulanter Beratungs- und Unterstützungssysteme.

Die Trägerin/der Träger muss daher die Möglichkeit haben, die Kosten dieses Systems anteilig als Kosten des Rettungsdienstes in die Verhandlungen mit den Kostenträgern einzubringen. Eine Verankerung des Systems im Rettungsgesetz bietet die Grundlage für eine solche finanzielle Berücksichtigung.

9. Transport hochkontagiöser Patientinnen und Patienten

Sowohl aufgrund des Flughafens Düsseldorf als einer von fünf geeigneten Flughäfen für Landung von Flugzeugen mit an unbekanntem, hoch ansteckenden Krankheiten infizierten Passagieren als auch aufgrund der Fähigkeit der Uniklinik Düsseldorf zur Behandlung von Menschen mit hochkontagiösen Erkrankungen ist die Fähigkeit zum rettungsdienstlichen Transport solcher Patienten in NRW erforderlich. Aufgrund der Seltenheit, der gleichzeitig hohen Anforderungen an die technischen und organisatorischen Vorbereitungen sowie die zwingende

Geübtheit in den Schnittstellen, ist es sinnvoll die Aufgabe im Rahmen eines Landeskonzeptes zu regeln.

Sollten dabei zentrale Aufgabenträger festgelegt und/oder identifiziert werden, sollte eine noch zu definierende Arbeitsgruppe auf Landesebene Vorschläge zur rechtlichen Ausgestaltung (öffentlich-rechtliche Vereinbarungen, Trägergemeinschaften, Aufgabenzuweisung durch das Land, ...) erarbeiten.



Foto: Feuerwehr Köln

10. Vergabe von Leistungen im Rettungsdienst

Die Hilfsorganisationen sind eine der tragenden Säulen im Rettungsdienst und im Krankentransport. Allerdings ergibt sich hinsichtlich der Leistungsfähigkeit im Rettungsdienst zunehmend ein heterogenes Bild.

In einigen Regionen können die vertraglichen Verpflichtungen zur personellen Besetzung von Rettungsmitteln nicht mehr vollumfänglich erfüllt werden. Vor diesem

Hintergrund können Vergabeverfahren neuen Leistungserbringern einen Marktzugang ermöglichen und die rettungsdienstliche Struktur stärken. Daher ist im Rahmen der Novellierung die Beibehaltung einer Wahlmöglichkeit zwischen der Nutzung der Bereichsausnahme oder der Nutzung der regulären Vergabeverfahren wünschenswert. Auf lokaler Ebene kann die Trägerin/der Träger dann das am besten geeignete Verfahren nutzen.

11. Führungsfunktionen im Rettungsdienst

11.1 Organisatorische Leitung im Rettungsdienst

Aufgrund der hohen Organisationskomplexität bei größeren Rettungsdiensteinsätzen ist die Funktion der Abschnittsleitung „Rettungsdienst“ zwingend erforderlich. Daher sollte aus der Option zur Bestellung von Organisatorischen Leitungen im ausreichenden Umfang eine Pflicht werden. Um eine einheitliche Abbildung der Führungsebenen bei Einsätzen zu haben, sollte diese Funktion in Zug- bzw. Verbandsführer im Rettungsdienst umbenannt werden.

11.2 Gruppenführer im Rettungsdienst

Um eine aufwachsende Struktur an einer rettungsdienstlichen Einsatzstelle zu ermöglichen, ist es sinnvoll, die

Qualifikation für die Führung eines Notarzteinsatzfahrzeuges um eine Aus- bzw. Fortbildung zum Führen einer taktischen Einheit Staffel oder Gruppe im Rettungsdienst zu ergänzen. Diese Aus- bzw. Fortbildung muss sowohl als Ergänzung zur bestehenden Qualifikation des Gruppenführers/der Gruppenführerin, als auch als alleinige Aus- bzw. Fortbildung, ohne bereits vorhandenen feuerwehrtechnische Qualifikationen, möglich sein. Dazu bedarf es eines einheitlichen Lehrplans.

Eine ergänzende Qualifikation muss durch die Trägerinnen/Träger bzw. Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer im Rettungsdienst selbst zu vermitteln sein. Die singuläre Qualifikation, ohne feuerwehrtechnische Vorbildung, kann nach dem bisherigen Modell zur B3-Ausbildung – also in Kombination durch das IdF NRW mit Kooperationspartnern – durchgeführt werden.

12. Finanzierung des Rettungsdienstes

In vielen Verhandlungen mit den Kostenträgern zur Finanzierung des Rettungsdienstes werden Kostenblöcke immer wieder in Frage gestellt. Für die Trägerinnen/Träger ist eine verlässliche Verhandlungsbasis erforderlich, um auch langfristige Finanzierungen sichern zu können. Um die Verhandlungen zu verstetigen und effizienter zu gestalten, wäre eine klarere Benennung der in jedem Fall zum Rettungsdienst zugehörigen Kostenblöcke sinnvoll. Zu dem Mindestumfang der Kostenblöcke gehören insbesondere

- investive Kosten für den Auf- und Ausbau sowie die Aufrechterhaltung der Rettungsdienstinfrastruktur, einschließlich der Telemedizin,
- Betriebskosten der Rettungswachen, Notarztstandorte, integrierten Leitstellen, Rettungsmittel, Kooperationen mit dem ärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen NRW,
- Personalkosten des medizinischen Personals, das in den Rettungswachen, den integrierten Leitstellen und an den Notarztstandorten sowie telemedizinisch eingesetzt wird,
- Kosten der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes,
- Kosten erforderlicher Aus- und Fortbildungen des medizinischen Personals, das in den Rettungswachen,

den integrierten Leitstellen und an den Notarztstandorten eingesetzt wird,

- Kosten für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement,
- Kosten für Unfall- und Haftpflichtversicherung des Personals,
- Kosten für Fehlfahrten und Fehleinsätze,
- Verwaltungs- und Querschnittskosten,
- Kosten Dritter, sofern sie den Rettungsdienst durchführen,
- Kosten Dritter, sofern sie den Rettungsdienst bei seiner Aufgabenerfüllung unterstützen.

Je nach Aufbau und Organisation des Rettungsdienstes kommen weitere Kostenblöcke hinzu. Insbesondere vor dem Hintergrund der beschriebenen Möglichkeiten zu neuen Ansätzen im Rettungsdienst (vgl. Ziffer 3.3) und dem hohen Investitions- und Betriebskostenvolumen für die Entwicklung und Implementierung von Digitalisierungsprojekten muss die Auflistung der Kostenblöcke offen erfolgen. Durch die jeweilige Trägerin/den jeweiligen Träger dürfen zusätzliche Kostenblöcke, die dem Rettungsdienst zuzurechnen sind, in die Verhandlungen eingebracht werden.



13. Datenschutz und Datenverarbeitung

13.1 Datenverarbeitung

Die Trägerin/der Träger ist sowohl für die Prozesse im Rettungsdienst, einschließlich der Tätigkeit von Tele-notärzten und zukünftiger heilkundlicher Einbindung von nichtärztlichem Personal als auch die Qualitätssicherung und die Rettungsdienstbedarfsplanung darauf angewiesen, personenbezogene Daten inklusive Gesundheitsdaten (Art. 4 Ziff. 15 DSGVO) zu verarbeiten.

Bei der Novellierung des Gesetzes sollte die bisherige Regelung so gefasst werden, dass die Trägerin/der Träger bei der Datenerfassung, Datenübermittlung sowie Speicherung und Auswertung eine höhere Rechtssicherheit hat.

13.2 Sektorübergreifende Datenverarbeitung

Eine wirkliche Qualitätssteigerung in der präklinischen und klinischen Notfallversorgung lässt sich durch die systematische Nutzung personenbezogener und medizinischer Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, über die gesamte Prozesskette der Notfallversorgung erreichen.

Dazu ist eine sektorenübergreifende Übermittlung und Zusammenführung dieser Daten erforderlich. Als Verantwortliche für alle quantitativen und qualitativen Aspekte des Rettungsdienstes müssen die Trägerinnen und Träger Zugang zu diesen Daten erhalten können und diese systematisch analysieren dürfen und diese Daten zur notfallmedizinischen Versorgung mit Krankenhäusern, anderer aufnehmenden Behandlungseinrichtungen und den Terminservicestellen austauschen können. Dieser Datenaustausch muss ebenso wie bei der Kooperation der Rettungsleitstellen mit den Terminservicestellen ermöglicht werden.

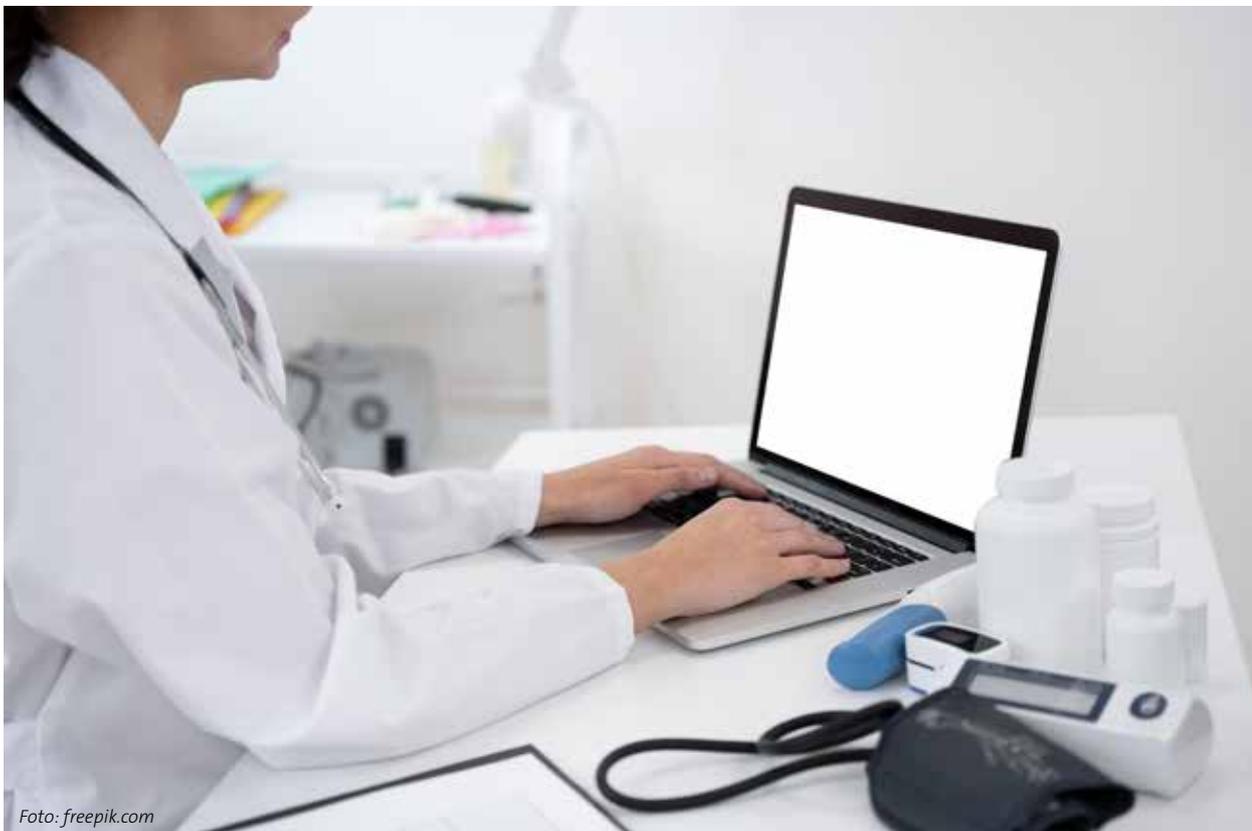


Foto: freepik.com



Foto: AOK

14. Vorsorgeplanung der Krankenhäuser

Die Trägerinnen/Träger verfügen über umfangreiche Planungen und Vorbereitungen für die gleichzeitige rettungsdienstliche Versorgung von vielen Patienten bzw. Erkrankten. Die rettungsdienstliche Versorgung ist aber nur dann vollumfänglich gesichert, wenn die Krankenhäuser ebenfalls über Vorbereitungen und Planungen für solche Ereignisse verfügen. Die im Erlass „Vorsorgeplanungen für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadensereignissen“ aufgeführten Planungen sollten

daher in das Rettungsgesetz übernommen werden. Dazu zählt insbesondere die verpflichtende Aufstellung von Krankenhausalarmplänen nach einem einheitlich gestuften Modell und inhaltlichen Vorgaben. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, die konkrete Beschreibung der Zuständigkeiten der Trägerin/des Trägers, der unteren Gesundheitsbehörde und der Krankenhäuser vorzunehmen.

15. Standorte des Rettungsdienstes als kritische Infrastruktur

Die Standorte des Rettungsdienstes müssen auch bei einem länger anhaltenden Stromausfall vollumfänglich betriebsbereit bleiben. Das bezieht sich sowohl auf die grundsätzliche Funktion zur sicheren Unterbringung von Rettungsmitteln als auch alle anderen rettungsdienstlichen Betriebsabläufe (Reinigung, Lagerhaltung, ...) und die Unterbringung bzw. Versorgung von Mitarbeitenden. Die aktuelle Normung sieht seit 2017 bereits alternative

Stromversorgungen bei einem Ausfall des Netzes vor. Allerdings sind viele Bestandsstandorte bisher nicht danach ertüchtigt worden. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Ertüchtigung von Bestandsstandorten nach dem aktuellen Stand der Technik würde den Trägerinnen/Trägern Handlungssicherheit und eine Finanzierungsgrundlage geben.

ADRESSEN//ANSPRECHPARTNER

Verband der Feuerwehren in NRW
stv. Vorsitzender Bernd Schneider
Ansprechpartner:
Christoph Schöneborn, LL.M., LL.M.
Telefon 0202 317712-10
E-Mail christoph.schoeneborn@vdf.nrw

Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter
der Berufsfeuerwehren NRW
Ansprechpartner:
Direktor der Feuerwehr Dipl.-Ing. Thomas Lembeck
Telefon 0201 12-37000
E-Mail thomas.lembeck@feuerwehr.essen.de

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

Werkfeuerwehrverband NRW e. V.
Ansprechpartner:
Dipl.-Ing. Christoph Wachholz
Telefon 0202 317712-10
E-Mail christoph.wachholz@currenta.biz



Verband der Feuerwehren in NRW e. V.

Windhukstraße 80
42277 Wuppertal
Tel.: 0202 317712 - 0
Fax: 0202 317712 - 600
info@vdf.nrw
www.vdf.nrw

Bearbeitungsstand: April 2023