



LANDESFACHGRUPPE RETTUNGSDIENST

Vereinte
RHEINLAND-PFALZ
Dienstleistungs-

ver.di Münsterplatz 2-6, 55116 MAINZ

Gewerkschaft e.V.
Landesbezirk
Rheinland-Pfalz
Fachbereich 03

An alle
Rettungsassistentinnen
und Rettungsassistenten
In Rheinland-Pfalz

RETTUNGSDIENST IM UMBRUCH !?

**NOTKOMPETENZ
ENTWICKLUNG DER
NOTÄRZTLICHEN
VERSORGUNG
STELLUNG DER
RETTUNGSASSISTENTEN IM
GEFÜGE DER
NICHPOLIZEILICHEN
GEFAHRENABWEHR**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Wer zwanzig Jahre oder länger im Rettungsdienst arbeitet, kann sich an die Zeit erinnern, als es in Rheinland-Pfalz noch keine flächendeckende Notarztversorgung gab. Damals wurden deutlich über 80 % aller Rettungsdiensteinsätze ohne notärztliche Beteiligung durchgeführt.

Bis 1989 gab es auch den Beruf des Rettungsassistenten noch nicht.

Selbst im Jahre 1996 war es für die politischen Entscheidungsträger offensichtlich noch nicht klar, ob der Rettungsdienst in Deutschland auf der Versorgung von Notfallpatienten durch Notärzte basieren soll oder ob ein Paramedicsystem die bessere Lösung darstellt. Dies wird deutlich, wenn man das folgende Ergebnis der Beratungen des „Länderausschusses Rettungswesen“ aus diesem Jahr betrachtet.

Der „Länderausschuss Rettungswesen“ setzt sich aus den für den Rettungsdienst zuständigen Ministerien der Bundesländer zusammen und hat als Ergebnis seiner Sitzung vom 21.03 1996, bei der auch das Land Rheinland-Pfalz vertreten war, folgendes als **Forderung !!!** formuliert.

Wir zitieren: ***„Um die Effektivität des notärztlichen Elements im Rettungsdienst deutscher Prägung gegenüber Paramedic-Systemen zu prüfen und um über entscheidungsrelevante Kenntnisse zur Bestimmung der weiteren Entwicklung der deutschen Rettungsdienste (Ausbau des ärztlichen Elements: Einführung eines ärztlichen Leiters im Rettungsdienst bzw. Ausbau der Notarztbeteiligung bei Notfällen oder Ausbau des Paramedic-Elements durch erweiterte Kompetenzen) zu verfügen, ist es notwendig, beide Systeme anhand von empirischen Daten im internationalen Vergleich (z.B. Notarzt: Deutschland und Frankreich; Paramedic: USA und Großbritannien) zu untersuchen.***

Insbesondere vor dem Hintergrund der weitreichenden Konsequenzen (Verlängerung oder Verkürzung der Eintreffzeiten, Kostensteigerung oder Kostensenkung) sollte erst nach einer entsprechenden empirischen Untersuchung die weitere Entwicklungsrichtung der deutschen Rettungsdienste bestimmt werden.“

Eine solche empirische Untersuchung der Effektivität von Notarzt- und Paramedicsystemen und den Vergleich der Ergebnisse hat es allerdings nie gegeben. Bis heute gibt es nur eine einzige Untersuchung, die sich überhaupt mit den medizinischen Maßnahmen am Notfallpatienten beschäftigt und die hierzu qualifizierte Aussagen macht.

(Was leisten Notärzte im Einsatz ? Ergebnisse einer exemplarischen Analyse eines Notarztstandortes. Auswertung aller Notarzteinsätze des Jahres 1996 an diesem Standort.

**Dr. Klaus Rungaldier, Veröffentlicht in „am Puls“ Deutsche Angestellten Gewerkschaft 1997)
Nachzulesen im Internet unter www.Rettungsdienst-im-Umbruch.de**

Seit dieser Zeit ist der Rettungsdienst jedoch flächendeckend als Notarzt gestütztes System ausgebaut worden. Man muss also leider feststellen, dass alle Entscheidungen über die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes, bisher ohne jede Datenbasis erfolgt sind. Dies ist in einem Staat, in dem normalerweise vor jeder Entscheidung ein Gutachten in Auftrag gegeben wird, ein ungewöhnlicher Vorgang.

Warum war das so ?

Bis etwa 1990 war von Seiten der ärztlichen Landesorganisationen keinerlei Interesse am Rettungsdienst zu erkennen. Erst nachdem durch das Rettungsassistentengesetz ein Fachberuf für den Rettungsdienst geschaffen wurde, nahm die Bundesärztekammer zu diesem Bereich der Notfallversorgung Stellung. Dies tat sie mit ihrer Stellungnahme zur Notkompetenz von Rettungsassistenten. Der hier erstmals verwendete Begriff der Notkompetenz war vor dieser Stellungnahme unbekannt. Er wurde eigens von der Bundesärztekammer erfunden, um deutlich zu machen, dass jede medizinische Handlung unter einem Arztvorbehalt steht und dass das Nichtärztliche Personal ausschließlich im Rahmen des „Übergesetzlichen Notstandes“ dazu berechtigt ist, solche Maßnahmen durchzuführen.

Es gab im Rahmen der dann stattfindenden Diskussionen weitere Stellungnahmen von einzelnen prominenten Notfallmedizinern, wie z.B. von Prof. Dr. med. Sefrin, der darlegte, dass es die Pflicht des Staates sei, zu gewährleisten, dass jeder Notfallpatient durch einen Arzt versorgt werden müsse. Wenn es häufiger vorkäme, dass Notfallpatienten durch Rettungsassistenten im Rahmen der Notkompetenz ohne Arzt versorgt würden, dann handele es sich eindeutig um ein Organisationsverschulden, so Prof. Dr. med. Sefrin damals.

Das plötzlich erwachte Interesse der Bundesärztekammer am öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass es damals eine so genannte „Ärztenschwemme“ gab. Diese Ärzte mussten beschäftigt werden. Hierbei war der flächendeckende Ausbau von Notarztsystemen, wie er ab 1990 sehr zügig erfolgte, sehr hilfreich. Durch die Einführung verbindlicher Notarztindikationskataloge und durch die planvolle rechtliche Verunsicherung der Rettungsassistenten mittels der Notkompetenzdebatte wurde erreicht, dass die neu geschaffenen Notarztssysteme entsprechende Einsatzzahlen hatten.

Die Steigerung der Einsatzzahlen betrug zwischen 1989 und 1993 über 1 000 %.

(S. www.rettungsdienst-im-umbruch.de; Was leisten Notärzte im Einsatz ?)

Seit einiger Zeit hat jedoch eine sehr erstaunliche Entwicklung eingesetzt.

Aus der Ärzteschwemme ist mittlerweile wieder ein Ärztemangel geworden und die flächendeckende Notarztversorgung kollabiert zusehends !

Krankenhäuser der Grundversorgung sehen sich schon seit drei bis vier Jahren außerstande, die erforderliche Zahl von Notärzten zu stellen.

Seit Kurzem haben aber auch größere Krankenhäuser der Regelversorgung erhebliche Schwierigkeiten, den Notarzdienst aufrecht zu erhalten. In den ersten Kreisverwaltungen finden derzeit die ersten Krisensitzungen statt, wobei man sich des Eindrucks nicht erwehren kann, dass die Gründe, die seitens der Krankenhäuser für die Misere angeführt werden, wie z.B. neue Arbeitszeitregelungen, zu wenig Ärzte mit Fachkundenachweis etc. z. T. nur vorgeschoben sind, dass aber tatsächlich das Interesse der Kliniken und der Ärzte, sich an der präklinischen Notfallmedizin direkt personell zu beteiligen deutlich zurückgeht. Die denkbaren Gründe hierfür sind vielfältig. Wir wollen jedoch hier nicht spekulieren.

Das Ergebnis dieser Entwicklung ist jedenfalls, dass es eine flächendeckende notärztliche Versorgung schon heute nicht mehr gibt und dass diese Entwicklung fortschreitet.

Interessant ist auch, dass parallel hierzu die Sprecher ärztlicher Organisationen in ihren öffentlichen Verlautbarungen zur Notkompetenz von Rettungsassistenten vollkommen neue Töne anschlagen. So war beispielsweise in Referaten anlässlich des hessischen Rettungsdienstkongresses im November 2006 in einigen Arztvorträgen zu hören, dass es einen gesetzlich definierten Arztvorbehalt bei der Patientenversorgung nicht gibt und demzufolge auch keine Notkompetenz und dass man es bedaure, dass dieser Begriff

jemals verwendet worden ist, weil er mehr Verwirrung als Klarheit bewirkte und sich bei der Schaffung vernünftiger, sachbezogener Strukturen als kontraproduktiv erwiesen hat. Weiterhin wurde vorgetragen, dass in Zukunft die flächendeckende Notarztversorgung nicht mehr aufrechterhalten werden kann und dass vor dem Hintergrund, der Schließung von ca. 10 % der heute bestehenden Krankenhäuser in den nächsten 10 Jahren, viele Notarztstandorte verschwinden werden. Von daher sei es unabdingbar, die Kompetenzen der Rettungsassistenten zu erweitern und deren Berufsausbildung zu verbessern.

Wie ist diese Entwicklung zu bewerten ?

Die grundlegenden Fragen für die Schaffung eines effektiven Rettungssystems, nämlich was ist an medizinischen Leistungen in der Notfallrettung zu erbringen ? wie und durch wen ist zu gewährleisten, dass diese Leistungen erbracht werden können ? sind so ohne berufspolitische Vorbehalte nie gestellt, geschweige denn beantwortet worden. Die durch die Innenminister geforderte Vergleichsuntersuchung der möglichen Systeme (siehe oben) ist nie in Auftrag gegeben worden.

Stattdessen ist neben dem System der flächendeckenden ärztlichen Versorgung, für das die Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem Sozialgesetzbuch V. zuständig sind und das auch durch die Krankenkassen finanziert wird, ein zweites flächendeckendes ärztliches System installiert worden, das ebenfalls durch die Versicherten finanziert werden muss.

Um diesem System die Einsatzzahlen zu verschaffen, die es als Begründung für seine Notwendigkeit und zur Sicherung seiner Existenz benötigte, wurden verbindliche Indikationskataloge erstellt, durch die sogar Ärzten, die an einem Notfallort oder gar in ihrer eigenen Praxis waren, gegen deren erklärten Willen, zusätzlich ein Notarzt aufgezwungen wurde.

Rettungsassistenten wurden durch gezielte Kampagnen, durch willkürliche Interpretationen des Strafrechts und durch zum Teil massive Drohungen mit dem Strafgesetzbuch davon abgehalten, den Patienten die Versorgung zukommen zu lassen, die sie zu erbringen durchaus in der Lage waren und sind. Dass die von allen Fachleuten für dringend erforderlich gehaltene Novellierung des Rettungsassistentengesetzes immer wieder verschoben wurde und bis heute nicht erfolgt ist, gehört auch in diesen Zusammenhang.

An dieser Entwicklung haben sich, von den politisch Verantwortlichen über die ärztlichen Organisationen bis zu den Rettungsdienstschulen und den im Rettungsdienst tätigen Organisationen, alle kräftig und völlig unkritisch beteiligt.

Wenn man an die schlagartige flächendeckende Ausstattung aller Rettungsfahrzeuge in Rheinland-Pfalz mit halbautomatischen Defibrillatoren denkt, die in allen Fällen funktionsfähige, zum Teil, neuwertige Geräte ersetzen, nur weil die Bundesärztekammer dies in ihrer Stellungnahme zur Notkompetenz so forderte, dann muss man sagen, dass es auch handfeste finanzielle Interessen gab, weil zumindest die Gerätehersteller an der Sache gut verdient haben.

Alles was Ärzteorganisationen sagten, war Gesetz. Ein Beweis für die Richtigkeit der ärztlichen Behauptungen und eine Begründung für die Notwendigkeit der ärztlichen Forderungen, musste nie erbracht werden, weil dies nie jemand von ihnen verlangte.

Jetzt wird auf einmal deutlich, dass die flächendeckende Versorgung aller Notfallpatienten durch Notärzte aus Gründen, die wiederum bei der Ärzteschaft liegen, nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Der künstlich aufgeblasene Ballon platzt.

Das Ganze erinnert ein wenig an das Märchen von des Königs neuen Kleidern. Plötzlich kann man sehen: „Der König ist nackt.“ Zumindest hat er nicht viel an.

Aber auch in einem System mit deutlich weniger oder gar keinen Notärzten muss die Patientenversorgung gewährleistet sein.

Das ist sie auch, denn die Rettungsassistenten sind ja da.

Hier muss auch einmal eine Bemerkung zu den vielfach, insbesondere von Ärzten geäußerten Bedenken an der Qualifikation der Rettungsassistenten, erlaubt sein, die leider von vielen Rettungsassistenten verinnerlicht wurden.

Wenn in der Schweiz, in einem Rettungssystem ohne Notärzte, in dem Rettungsassistenten sogar Betäubungsmittel verabreichen dürfen, deutsche und in Deutschland ausgebildete Rettungsassistenten, begehrte und für deutsche Verhältnisse hoch bezahlte Arbeitskräfte sind, kann deren Qualifikation so schlecht wohl nicht sein.

Durch fehlende Notärzte darf selbstverständlich keine Lücke in der Patientenversorgung entstehen. Wobei die Situation nicht so dramatisch ist, wie man vor dem Hintergrund so mancher Diskussion meinen könnte. Eine Versorgungslücke durch fehlende Notärzte entsteht in der Praxis nicht, weil die Patientenversorgung auch heute schon durch die Rettungsassistenten sichergestellt ist.

Kein einziger Patient bleibt unversorgt, weil kein Notarzt kommt. Das ist Fakt.

Das was nach unserer Auffassung jetzt dringend geschehen muss, ist genau das was bisher versäumt wurde. Das ist die Chance, die in der jetzigen Situation steckt.

Wir benötigen ein an den tatsächlichen Notwendigkeiten, Bedürfnissen und Möglichkeiten orientiertes Konzept für die weitere Entwicklung und Ausgestaltung des Rettungsdienstes in Deutschland. Die Betonung liegt hierbei eindeutig auf der Orientierung an den tatsächlichen Notwendigkeiten, Bedürfnissen und Möglichkeiten.

Der gesetzliche Auftrag des Systems ist es, Kranke sachgerecht zu transportieren und Notfallpatienten, an jedem Ort, zu jeder Zeit medizinisch so zu versorgen, dass akute Lebensgefahr abgewendet wird, sich die Situation zumindest nicht verschlechtert und der Patient unter sachgerechter Betreuung in die nächste geeignete Behandlungseinrichtung transportiert werden kann. Zu diesem Zweck soll innerhalb von 15 Minuten nach Eingang eines Notrufes ein Rettungsfahrzeug an jedem an einer Straße gelegenen Ort sein.

Dieses hohe Versorgungsniveau soll auch dann noch gewährleistet sein, wenn durch größere Schadensereignisse bedingt, eine größere Zahl von Patienten gleichzeitig versorgt werden muss.

Um dies jederzeit sicherzustellen, ist ein gut strukturierter, reibungslos funktionierender Apparat und eine umfassende Planung notwendig, ohne die, die am Ende der Kette stehende medizinische Versorgung selbst, nicht erbracht werden kann.

Dieser Apparat ist vorhanden und funktioniert auch weitestgehend reibungslos. Seine Möglichkeiten werden aber bei Weitem nicht adäquat genutzt. Das Rettungssystem stößt schnell an strukturelle Grenzen, weil es vom Gesetzgeber in erster Linie als System der Individualversorgung verstanden wird. Weder die Stellung der Rettungsassistenten im System, noch die gesetzlichen Grundlagen weisen dem Öffentlich-Rechtlichen Rettungsdienst die Position in der nicht polizeilichen Gefahrenabwehr zu, die er ausfüllen könnte und unter Berücksichtigung der möglichen Einsatzszenarien auch ausfüllen sollte.

Im operativen Teil des Systems kommen zwei Berufsgruppen zum Einsatz.

Dies sind Notärzte und Rettungsassistenten. Die Bedingungen, unter denen diese Berufsgruppen im Rettungsdienst tätig werden, sind höchst unterschiedlich.

Während für die Notärzte, in der Regel, die Arbeit im Rettungsdienst nur eine vorübergehende Phase in ihrem beruflichen Leben darstellt, die sie neben ihrer Haupttätigkeit in der Klinik ausüben, stellt sie für die Rettungsassistenten ihr ausschließliches Arbeitsgebiet dar.

Während die meisten Notärzte sich während ihrer klinischen Ausbildung nur zeitlich begrenzt in dem Einsatzgebiet aufhalten, indem sie notärztlich tätig werden und daher bei diesen, sowohl die Ortskenntnis, als auch die Kenntnis der medizinischen und der organisatorischen Infrastruktur fehlt, sind diese, für die Einsatzfähigkeit wesentlichen, Kenntnisse bei den Rettungsassistenten immer vorhanden.

Während, je nach dem Dienstplansystem der Klinik, welche die Notärzte stellt und je nach der Anzahl der dort beteiligten Personen, der einzelne Notarzt seltener als einmal pro Monat zum Einsatz kommt, wird der Rettungsassistent täglich und ausschließlich im Rettungsdienst eingesetzt.

Während fast alle Notärzte, auch die Leitenden und die Leiter der Notarztstandorte ihre Aufgaben im Rettungsdienst nebenberuflich ausüben, ist dieser Bereich für die Rettungsassistenten das Tätigkeitsfeld, für das sie speziell ausgebildet sind und in dem sie ausschließlich arbeiten.

Während weder jetzt, noch in Zukunft sichergestellt werden kann, dass jeder Notfallpatient durch einen Notarzt versorgt wird, - dies ist insbesondere bei größeren Lagen völlig unmöglich - ist die Versorgung durch Rettungsassistenten, immer sichergestellt.

Im krassen Gegensatz zu der Tatsache, dass also die Rettungsassistenten das essentielle und stabile Element im Rettungsdienst darstellen, stehen jedoch die Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten müssen.

Auch 17 Jahre nach Verabschiedung des Berufsgesetzes ist dieser Beruf eine Sackgasse. Man muss viel Schulgeld (ca. 2 500 €) zahlen, um einen Beruf zu erlernen, der dann keinerlei Perspektiven bietet. Die berufliche Karriere beginnt damit, dass eine erhebliche Zahl der jungen Kollegen nach der Berufsausbildung zwar wie ein Rettungsassistent beschäftigt, aber wie ein Rettungssanitäter mit dreimonatiger Ausbildung bezahlt wird. Ein großer Anteil, junger, qualifizierter Rettungsassistenten, bleibt leider nur kurze Zeit in diesem Beruf.

Es gibt für Rettungsassistenten so gut wie keine Aufstiegsmöglichkeiten im System. Es gibt keine rettungsdienstliche Führungsstruktur. Die Funktion der Einsatzleitung bei größeren Einsätzen wird durch Leitende Notärzte und durch Organisatorische Leiter wahrgenommen. Diese Funktionen sind aber keine Führungspositionen des Rettungsdienstes, sondern sie sind im Landes Brand- und Katastrophenschutzgesetz angesiedelt.

Ein Organisatorischer Leiter kann Rettungsassistent sein. Er muss es aber nicht.

Ein ehrenamtlicher Rettungssanitäter tut der gesetzlichen Vorschrift Genüge.

Wenn die Funktion des Organisatorischen Leiters durch hauptamtliche Rettungsassistenten wahrgenommen wird, das trifft auf die Mehrzahl der Funktionsträger zu, dann tun sie dies ehrenamtlich und in ihrer Freizeit.

Diese Struktur bedeutet unter Umständen, dass sich qualifizierte, professionelle Fachkräfte im Falle eines größeren Einsatzes, z.T. ehrenamtlichen Kräften unterordnen müssen, die nicht ansatzweise über die Einsatzerfahrung der hauptamtlichen Rettungsassistenten verfügen.

An der Planung und an der Konzeption des Rettungsdienstes sind Rettungsassistenten auf keiner Ebene beteiligt. Weder im Landesbeirat für das Rettungswesen, noch in irgendeiner Aufsichtsbehörde, weder im zuständigen Ministerium, noch in der Führung der Rettungsdienst betreibenden Organisationen, finden sich Rettungsassistenten.

Der Rettungsdienst wurde (wird) ausschließlich als Einrichtung zur individuellen Versorgung einzelner Notfallpatienten gesehen. Für den Fall, dass eine größere Zahl von Notfallpatienten anfällt, war (ist) der Einsatz der Katastrophenschutzeinrichtungen (SEG) vorgesehen. Man ging (geht) davon aus, dass der Rettungsdienst bei größeren Schadenslagen zwar an der Erstversorgung noch beteiligt ist, sich aber bei Eintreffen der Katastrophenschutzeinheiten sofort zurückzieht um seine originären Aufgaben der Individualversorgung weiter wahrzunehmen, als ob nichts wäre.

Diese Grundstruktur ist bis heute in den gesetzlichen Regelungen und leider auch vielfach im Denken bestehen geblieben.

Das Vorhandensein eines funktionierenden, professionellen, öffentlichen Rettungsdienstes und dessen Möglichkeiten und Ressourcen werden in der Katastrophenschutz-Gesetzgebung bis heute fast nicht zur Kenntnis genommen. Die Strukturen und Zuständigkeiten im LBKG unterscheiden sich völlig von denen im RettDG.

Im Gegensatz zur Landkreis bezogenen Struktur des LBKG wird im RettDG das Land in Rettungsdienstbereiche aufgeteilt, die immer das Gebiet mehrerer Landkreise und/oder Kreisfreien Städte umfassen. In jedem Rettungsdienstbereich ist eine Rettungsleitstelle als Alarmierungs- und Führungszentrale eingerichtet. Für jeden Rettungsdienstbereich ist nur **eine !** Kreisverwaltung als zuständige Behörde benannt, die auch für das Gebiet der anderen beteiligten Landkreise/Kreisfreien Städte zuständig ist, während für den Katastrophenschutz jede einzelne Kreisverwaltung in ihrem Gebiet organisationspflichtig ist. Die Konsequenz hieraus ist, dass für große Schadenslagen, also für die schwer zu bewältigenden Ausnahmen jeder einzelne Landkreis Vorsorge treffen muss.

Dies sind dann vier oder mehr unterschiedliche Zuständigkeiten in einem einzigen Rettungsdienstbereich.

Logisch wäre, dass die Bewältigung der großen, schwierigen und unvorhersehbaren Schadenslagen auf der Erfahrung mit den normalen, alltäglichen Vorkommnissen aufbauen würde.

Logisch wäre, dass die Infrastruktur, mit der das Alltägliche gut und routiniert bewältigt wird, für das große und schwieriger zu bewältigende Ereignis weiter genutzt und bedarfsgerecht erweitert würde.

Logisch wäre ebenfalls, dass die Personen, die das Alltägliche, professionell und gut bewältigen, weil sie über die berufliche Qualifikation und die notwendige Erfahrung verfügen, auch bei größeren Schadenslagen die Führung und Einsatzleitung übernehmen und behalten würden.

In Rheinland-Pfalz geschieht aber, wenn es um die medizinische Versorgung bei Großschadenslagen geht, genau das Gegenteil. Bei größeren Schadenslagen handelt es sich um Einsätze nach LBKG. Die Schwelle hierfür wird jeweils in den Alarmplänen der einzelnen Landkreise definiert. Bei Eintreffen der Katastrophenschutzeinheiten an der Einsatzstelle soll sich der Rettungsdienst zurückziehen.

Sobald eine örtliche Einsatzleitung eingerichtet ist, wird die Rettungsleitstelle zu deren weisungsgebundener Erfüllungsgehilfin.

Es wird nicht auf der vorhandenen Struktur aufgebaut und diese erweitert, sondern eine neue Struktur geschaffen, deren Funktionieren mangels Übungsmöglichkeit sehr in Frage gestellt werden muss.

Im Vergleich ist das so, als wenn eine Berufsfeuerwehr im Falle einer Großschadenslage den Einsatz und dessen Leitung an die freiwilligen Feuerwehren abgeben und sich zurückziehen würde, um ihre täglichen Routinearbeiten weiter zu verrichten.

Damit der Öffentlich-Rechtliche Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz die professionelle Basis für die gesamte Notfallrettung, bis hin zur Abwicklung großer Schadenslagen werden kann und die Rettungsassistenten ihre Möglichkeiten nutzbringend für das Gesamtsystem der präklinischen Notfallversorgung einsetzen können, bitten wir die Landesregierung sich für die folgenden Veränderungen einzusetzen:

1. Wir bitten die Landesregierung, sich im Bundesrat um eine zügige Novellierung des Rettungsassistentengesetzes, mit den folgenden inhaltlichen Veränderungen zu bemühen:

Die Ausbildungsdauer soll drei Jahre betragen.

Der Lebensunterhalt der Auszubildenden soll durch eine entsprechende Ausbildungsvergütung sichergestellt werden.

Die Ausbildungsziele sollen klar definiert werden.

Der Auszubildende soll befähigt werden, folgende Aufgabengebiete abzudecken:

- * ***qualifizierte Assistenz bei der ärztlichen Versorgung von Notfallpatienten***
- * ***selbständige medizinische Versorgung von Notfallpatienten, wenn ein Arzt nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung steht, nach einem festgelegten Maßnahmenkatalog, der ihm hierfür zur Verfügung steht.***
Dieser Maßnahmenkatalog unterliegt der ständigen Überprüfung und muss dem jeweiligen Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen.
Zur Festlegung, Überprüfung und Fortschreibung dieses Kataloges soll ein ständiges Gremium installiert werden, das paritätisch durch Notfallmediziner und Rettungsassistenten besetzt wird.
- * ***Übernahme rettungsdienstlicher Führungspositionen, wobei alle nicht direkt und explizit medizinischen Bereiche, also z.B. alle organisatorischen, einsatztaktischen und logistischen Aufgaben in die Hände des nicht ärztlichen Fachpersonals gehören.***
- * ***Die Berufsbezeichnung sollte Rettungssanitäter lauten.***

Begründung:

Zusätzlich zu dem bisher dargelegten möchten wir darauf hinweisen, dass eine gewisse Eilbedürftigkeit bei der Gesetzesnovellierung auch deshalb besteht, weil in dem neuen Lohngefüge des öffentlichen Dienstes, die Vergütung der Rettungsassistenten in der bisherigen Höhe, zwingend an eine dreijährige Berufsausbildung gebunden ist.

Das Weiterbestehen einer Berufsausbildung von nur zwei Jahren würde also eine deutliche finanzielle Einbuße, zumindest für die zukünftig im Rettungsdienst Beschäftigten, bedeuten, die es dann aus diesem Grunde möglicherweise gar nicht mehr geben wird.

2. Wir bitten die Landesregierung, sich im Länderausschuss Rettungswesen dafür einzusetzen, dass schnellstmöglich der Auftrag für eine wissenschaftliche Untersuchung erteilt wird, die anhand empirischer Daten im internationalen Vergleich, fundierte Aussagen über die Effektivität von

Notarztsystemen einerseits und Paramedicsystemen andererseits zulässt. Wir bitten die Landesregierung, dafür Sorge zu tragen, dass die Berufsgruppe der Rettungsassistenten an der Untersuchung selbst und an der Diskussion um deren Auswirkungen angemessen beteiligt wird.

Begründung:

Der „Länderausschuss Rettungswesen“ hat als Ergebnis seiner Sitzung vom 21.03 1996, bei der auch das Land Rheinland-Pfalz vertreten war, das eingangs zitierte zwar als **Forderung !!!** formuliert. Eine solche notwendige und sinnvolle empirische Untersuchung der Effektivität von Notarzt- und Paramedicsystemen hat es jedoch nie gegeben. Bis heute gibt es nur eine einzige Untersuchung, die sich überhaupt mit den medizinischen Maßnahmen am Patienten beschäftigt und hierzu Aussagen macht. (Was leisten Notärzte im Einsatz ? s. Oben)

3. Wir bitten die Landesregierung, das Landes Brand- und Katastrophenschutzgesetz (LBKG) und das Landesrettungsdienstgesetz (RettdG) so zu gestalten, dass:

- * ***der professionelle Rettungsdienst, als die Basis jeder präklinischen Notfallversorgung, mit seinen vorhandenen Möglichkeiten und Kapazitäten bei jeder denkbaren Einsatzgröße, bis hin zum Massenansturm von Verletzten und/oder Erkrankten in die Versorgung eingebunden ist.***
- * ***der professionelle Rettungsdienst eine Führungsstruktur erhält, die sicherstellt, dass bei jeder erdenklichen Einsatzgröße, die erforderlichen organisatorischen, einsatztaktischen und logistischen Entscheidungen durch hierfür qualifiziertes hauptamtliches Rettungsdienstfachpersonal wahrgenommen wird und dass diese Führungsstruktur auch im Falle der Eskalation in den Zuständigkeitsbereich des LBKG hinein, verantwortlich für die Logistik der gesamten medizinischen Versorgung bleibt.***

Begründung:

Sowohl das Landes Brand- und Katastrophenschutzgesetz, als auch das Landesrettungsdienstgesetz regeln die präklinische medizinische Notfallversorgung.

Sie tun dies mit völlig unterschiedlichen, nicht kompatiblen Strukturen.

Der, dem zu Grunde liegende, historisch begründete Denkansatz, dass Individualmedizin und Katastrophenmedizin etwas grundsätzlich Verschiedenes sind und dass man für beide Bereiche unterschiedliche Systeme vorhalten muss, stammt aus einer Zeit, als es einen organisierten, professionellen Rettungsdienst noch nicht gab.

Die hiermit verbundene Vorstellung, dass auch im Katastrophenfall, spätestens nach Eintreffen der Katastrophenschutzeinheiten, der Rettungsdienst vom Einsatzort abgezogen wird und seine normalen Tätigkeiten wieder aufnimmt, war und ist völlig illusorisch. Außerdem müssen heute Vorkehrungen für Verletztenzahlen getroffen werden, die in früheren Zeiten einfach nicht zu erwarten waren. (Terroristischer Hintergrund, Massenverkehrsmittel)

Der organisierte Rettungsdienst ist bei jeder Schadenslage als erster am Einsatzort und muss dort zwangsläufig eine Struktur aufbauen. Wenn die Kapazitäten des Rettungsdienstes nicht ausreichen, werden diese durch weitere Einheiten, die in der Regel

ehrenamtlich sind, ergänzt. Es macht fachlich keinen Sinn in diesem Fall dann eine neue und andere Struktur aufzubauen, was aber nach heutiger Gesetzeslage geschehen muss. Viel sinnvoller wäre es auf der vorhandenen Struktur aufzubauen und diese bedarfsgerecht zu erweitern, was aber nach heutiger Gesetzeslage nicht möglich ist. Gesetze sollten zielführend sein. Das LBKG und das RettDG sind dies in essentiellen Punkten und im Hinblick auf die aktuelle Bedrohungslage nicht. Wir sind der festen Überzeugung, dass eine große Schadenslage mit den vorhandenen Strukturen nicht adäquat bewältigt werden kann und mahnen dringend an, aus den bekannten Fakten die notwendigen Konsequenzen zu ziehen. Diese bestehen nach unserer Auffassung in erster Linie darin, vorhandene Ressourcen sinnvoll zu verwenden und dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen.

4. Wir bitten die Landesregierung, die Funktion eines Einsatzleiters Rettungsdienst zu schaffen.

Begründung:

Auch bei Rettungsdiensteinsätzen, die von ihrer Größenordnung her unterhalb der Wirksamkeit des Alarmplanes Gesundheit bleiben, wird häufig eine koordinierende Kraft an der Einsatzstelle benötigt. Hierbei geht es nicht um die Koordination medizinischer Maßnahmen, sondern ausschließlich um organisatorische und logistische Probleme. Um an einer solchen Einsatzstelle einen geordneten Ablauf der Versorgung und des Abtransportes der Patienten, sowie eine geordnete Kommunikation mit der Leitstelle zu gewährleisten, bedarf es einer Führungskraft, die nicht in die Patientenversorgung eingebunden ist. Diese Funktion wäre vergleichbar mit dem A-Dienst der Feuerwehren. Derzeit sind die Leitstellen gezwungen, sich diesen Einsatzleiter im LBKG in Form des Org.-Leiters auszuleihen. Dies führt immer wieder zu Schwierigkeiten, weil:

- die Org.-Leiter Ehrenbeamte der Landkreise sind und diese mit dem Einsatz ihrer Kräfte für rein rettungsdienstliche Belange oft nicht einverstanden sind
- es durch Zufallsbereitschaft und fehlende Einsatzfahrzeuge nicht in jedem Landkreis gewährleistet ist, dass der Org.-Leiter verfügbar ist und eine Einsatzstelle rechtzeitig erreichen kann
- der diensthabende Org.-Leiter oft räumlich so weit entfernt von der Einsatzstelle ist, dass sein Einsatz keinen Sinn macht
- nach der Struktur des LBKG der Org.-Leiter immer gemeinsam mit dem Leitenden Notarzt eingesetzt werden muss, obwohl eine Koordination der medizinischen Versorgung bei solchen Einsätzen aufgrund einer ausreichenden Zahl von Notärzten vor Ort, nicht erforderlich ist.

Der Einsatzleiter Rettungsdienst sollte die Einsatzleitung auch dann behalten, wenn der Einsatz durch seine Größenordnung bedingt, zu einem Einsatz nach LBKG wird. So könnte die personelle Kontinuität im Einsatz gewahrt werden. Die ständige Dienstbereitschaft der Org.-Leiter würde verzichtbar, weil der Org.-Leiter durch den Einsatzleiter Rettungsdienst ersetzt würde.

Ein ständig einsatzbereiter, ab einer gewissen Einsatzgröße primär mit ausrückender Einsatzleiter Rettungsdienst ist z.B. im Rettungsdienst der Stadt München installiert.

Als Personenkreis, aus dem sich diese Einsatzleiter Rettungsdienst rekrutieren ließen, kämen in erster Linie die Führungskräfte des Rettungsdienstes (Leiter Rettungsdienst, Leiter d. Rettungswachen, ausgebildete Org.-Leiter usw.) in Frage, die werktags tagsüber mit administrativen Aufgaben beschäftigt sind, welche jederzeit unterbrochen werden können. Nachts und an Wochenenden könnte die Verfügbarkeit über Rufbereitschaft unter Beteiligung der als Org.-Leiter ausgebildeten Mitarbeiter des Rettungsdienstes geregelt werden. Anzahl und Standorte der Einsatzleiter Rettungsdienst können für jeden Rettungsdienstbereich bedarfsgerecht vor Ort festgelegt werden.

5. Wir bitten die Landesregierung, neben der Funktion des Leitenden Arztes für den Rettungsdienst, die Funktion des Leitenden Rettungsassistenten zu schaffen.

Begründung:

Ziel aller rettungsdienstlichen Bemühungen ist es, jedem Notfallpatienten, egal wann er Hilfe benötigt und egal wo er sich gerade befindet, eine dem aktuellen medizinischen Standard entsprechende Versorgung zu garantieren. Diese Versorgung soll auch bei größeren und großen Schadenslagen noch gewährleistet sein. Um diese medizinische Leistung am Patienten erbringen zu können, müssen aber zunächst die logistischen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen, ständig weiterentwickelt, überprüft und angepasst werden, die eine medizinische Versorgung am Notfallort erst möglich machen. Diese logistischen Voraussetzungen sind ebenso wichtig, wie die medizinische Versorgung der Patienten selbst, weil es ohne einen funktionierenden Apparat keine Patientenversorgung geben kann. Das Betreiben, Weiterentwickeln und Anpassen der Logistik kann jedoch nicht Sache von Ärzten sein. Mit diesem Bereich haben sie nichts zu tun. Hierfür sind sie weder ausgebildet, noch verfügen sie über entsprechende Erfahrungen.

Im Krankenhausbereich ist es selbstverständlich, dass im Direktorium, dem die die Leitung des Hauses obliegt, der wirtschaftliche (Verwaltungsdirektor/Kaufmännischer Leiter), der ärztliche (Ärztlicher Direktor) und der pflegerische Bereich (Pflegedirektor) gleichberechtigt vertreten sind.

Einen funktionierenden Rettungsdienst und eine medizinische Versorgung im Rahmen des Katastrophenschutzes kann es auch nur geben, wenn alle drei Bereiche, das sind in diesem Fall, Verwaltung, Ärztlicher Bereich und Logistik/Einsatztaktik/Organisation, gleichberechtigt in der Leitung und in der Administration vertreten sind.

6. Wir bitten die Landesregierung, dafür Sorge zu tragen, dass in den Integrierten Leitstellen des Landes die Personalbemessung so ist, dass der gesamte Bereich der medizinischen Versorgung durch qualifizierte Mitarbeiter des Rettungsdienstes bearbeitet werden kann und dass sich die Verteilung der Planstellen in diesen Leitstellen am tatsächlichen Anteil der verschiedenen Einsatzarten am Gesamtgeschehen und an der hierfür erforderlichen Qualifikation orientiert.

Wir bitten die Landesregierung weiterhin, dafür Sorge zu tragen, dass sich der Anteil der einzelnen Einsatzarten auch in der Struktur der Führungsebene der Integrierten Leitstellen widerspiegelt.

Begründung:

Durch ein Gutachten der Fa. RUN ist die erforderliche Zahl der Planstellen für die Leitstellen im Lande ermittelt worden. Die ermittelten Zahlen sind rechnerisch richtig. Die Fa. RUN hat diesen Bedarf jedoch anhand von Erfahrungen in der Leitstelle Trier ermittelt. Die Feuerwehr Trier ist aber die einzige Feuerwehr in Rheinland-Pfalz, die selbst Rettungsdienst betreibt und deshalb über Rettungsdienstfachpersonal verfügt.

Die Leitstelle Trier ist also die einzige Leitstelle in Rheinland-Pfalz in der auch die dort eingesetzten Mitarbeiter der Feuerwehr, Rettungsdienstaufgaben wahrnehmen können. Die, durch die Fa. RUN ermittelte Planstellenzahl ist nur unter dieser Bedingung realistisch. In den anderen Leitstellen, in denen die Mitarbeiter der Feuerwehr nur Feuerwehraufgaben erfüllen können, muss das zahlenmäßige Verhältnis von Mitarbeitern der Feuerwehr und Mitarbeitern des Rettungsdienstes zwangsläufig ein anderes sein.

7. Wir bitten die Landesregierung im Rahmen ihrer Möglichkeiten dafür Sorge zu tragen, dass der Öffentlich-Rechtliche Rettungsdienst und Krankentransport eine öffentliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr und eine Organisatorische Einheit bleibt

und

dass Rettungsdienst und Krankentransportleistungen nicht ausgeschrieben werden und nicht an Privatunternehmen vergeben werden, die zwangsläufig Gewinninteressen verfolgen müssen.

Begründung:

Die derzeitige Organisationsform des rheinland-pfälzischen Rettungsdienstes hat sich bisher bestens bewährt. Der rheinland-pfälzische Rettungsdienst kann sich, was Qualität, Zuverlässigkeit und Effektivität betrifft, mit jedem Rettungsdienst dieser Welt messen lassen.

Im Vergleich mit allen anderen Bundesländern ist der Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz mit teilweise deutlichem Abstand der kostengünstigste. Dies ist ausschließlich auf seine spezifische Struktur zurückzuführen. Jede Veränderung dieser Struktur, sei es die Trennung von Notfallrettung und Krankentransport oder sei es die Einführung marktwirtschaftlicher Strukturen, macht das System nicht besser, dafür aber teurer.

Würden Leistungen des Rettungsdienstes und des Krankentransportes öffentlich ausgeschrieben, hätte nur der Bewerber mit dem niedrigsten Angebot eine Chance.

Bei Erteilung des Zuschlages hätte der betreffende Unternehmer Betriebssicherheit für fünf Jahre. In den fünf Jahren müsste er so wirtschaften, dass er bei der nächsten Ausschreibung erneut ein Chance hat. Das bedeutet, dass in einem solchen Unternehmen keinerlei mittel- oder langfristig angelegte Planung und auch keine entsprechenden Investitionen erfolgen könnten. Das bedeutet weiterhin, dass Qualitätsverbesserungen gar nicht erst zur Diskussion ständen, weil das Unternehmen zwangsläufig auf dem niedrigst möglichen finanziellen Niveau agieren müsste. Das würde für einen solchen Rettungsdienst absolute fachliche Stagnation bedeuten. Jede Weiterentwicklung würde zwangsläufig im Keime erstickt.

Nach unserer Auffassung haben so genannte Marktmechanismen und Profitorientierung im Bereich der Gefahrenabwehr und der Daseinsvorsorge nichts zu suchen, weil solche Strukturen eine großflächige Organisation, wie sie sich in Rheinland-Pfalz bewährt hat, nicht mehr zulassen.

Außerdem ist die Beschäftigung in einem profitorientierten Unternehmen mit der Motivation, aus der heraus die meisten, wenn nicht alle Rettungsassistenten ihren Beruf ergriffen haben, nicht vereinbar. Um diesen Beruf ausüben zu können, ist die Gewissheit unabdingbar, dass die Patientenversorgung im Vordergrund steht und es nicht in erster Linie um Geld geht.

gez.:

Andrea Hess
Leiterin Fachbereich 03

Karl-Heinz Groß
Vorsitzender
der Landesfachgruppe