

Landesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst NRW

Köln, den 12.10.2014

An den Landtag NRW
Herrn Günter Garbrecht MdL
Vorsitzender des Ausschusses für
Arbeit, Gesundheit und Soziales

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/2173

A01, A11

Stellungnahme zum 2. Gesetz zur Änderung des Rettungsgesetzes NRW

Sehr geehrter Herr Garbrecht,

der Landesverband der ÄLRD in NRW wurde von Ihnen gebeten, eine Stellungnahme zur Novellierung des Rettungsgesetzes NRW abzugeben. Gerne ergreift der Landesverband der ÄLRD in NRW diese Gelegenheit.

Hintergrund

Seit der letzten Novellierung des Rettungsgesetzes NRW in 1999 haben sich zahlreiche Rahmenbedingungen in Deutschland und auch in NRW geändert. Diese sind exemplarisch:

1. steigende Rettungsdiensteinsätze im einstelligen, teilweise zweistelligen Bereich
2. medizinisch-technischer Fortschritt mit zunehmender Miniaturisierung von medizinischen Geräten
3. Verbreiterung des Einsatzspektrums über die reinen lebensrettenden Einsätze hinaus hin zu Akutlagen mit medizinischen Komponenten.
4. Weiterentwicklung der Einsatzfahrzeuge für Sonderlagen (z.B. Schwergewichtige mit mehr als 200 kg Körpergewicht, Intensivtransportwagen, transportable Inkubatoren und Fahrzeuge für Patienten mit hochkontagiösen Erkrankungen).
5. Veränderung der Krankenhauslandschaft mit einer zunehmenden Zentrenbildung und Arbeitsteilung
6. Erwartungen an eine qualitative dem Stand der Technik entsprechende notfallmedizinische Dienstleistung. Sowie der Umgang mit einer steigenden Anzahl von Beschwerden und gerichtlichen Überprüfungen von Behandlungen (auch wenn diese im Verhältnis zu klinischen Einrichtungen und Praxen geringer sind).

Zu 1: Steigende Rettungsdiensteinsätze im einstelligen, teilweise zweistelligen Bereich

Der § 12 RettG NRW (Bedarfspläne), der erstmals 1999 eingeführt worden war, ermöglicht es den Kommunen eine bedarfsgerechte Anpassung der rettungsdienstlichen Vorhaltung in regelmäßigen Abständen vorzunehmen, so dass diese die Zahl der Einsatzmittel dem steigenden Bedarf anpassen

können. Dadurch wird es möglich schnell zu helfen und die Belastungen des Einsatzpersonals in Grenzen zu halten. Der neue § 12 ermöglicht die Berücksichtigung von gewerblichen Krankentransporten mit einer Genehmigung nach bislang § 18 RettG NRW im Bedarfsplan. Das ist eine wichtige und notwendige Anpassung, da so die Transporte, die außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes durchgeführt werden, auch bedarfsverzehrend berücksichtigt werden können. Bislang konnten die Transporte von Genehmigungsinhabern nicht im Bedarfsplan berücksichtigt werden und erzwangen teilweise Doppelvorhaltungen.

Zu 2: Medizinisch-technischer Fortschritt mit zunehmender Miniaturisierung von medizinischen Geräten und Verbesserung der ambulanten Pflegemöglichkeit

Neben der Verbesserung von notfallmedizinischen Geräten im Rettungsdienst profitieren von dieser Miniaturisierung speziell auch Patienten mit erkrankungsbedingten Einschränkungen. So helfen z.B. kleine, moderne Beatmungsgeräte, dass Patienten, die früher nur im Krankenhaus oder Heimen dauerhaft beatmet werden konnten, jetzt zu Hause oder in privater Atmosphäre wohnen können. So gibt es zwischenzeitlich eine Vielzahl derartiger Beatmungsgeräte, Monitore bis hin zu Herzersatzmaschinen, die den Menschen mehr Lebensqualität schenken. Kommt es jedoch zu Notfällen, wird der Rettungsdienst gerufen und muss neben der Erkrankung auch mit diesen Geräten umgehen können. Dies erzeugt bei Notärzten und Rettungsdienstkräften einen hohen Schulungsbedarf. Im neuen § 5 RettG NRW wird zum einen die wichtigen 30 h Fortbildung für das Einsatzpersonal beibehalten und in Abs. 4 durch Fortbildungen jetzt auch für die Notärzte ergänzt.

Auch die Intensivtransporte haben durch kleine, moderne Geräte neue Möglichkeiten eröffnet (z.B. Transporte von Patienten mit einer Art Herz-Lungen-Maschine), so dass schwerstkranke Patienten von kleineren Krankenhäusern zu Zentren möglich werden, die früher noch als „nicht transportfähig“ galten. Die Aufnahme von speziellen Intensivtransportwagen in § 3 Abs. 4 trägt dieser Weiterentwicklung ebenso Rechnung, wie die überregionale Bereitstellung, so dass die Auslastung solcher Fahrzeuge in einer kommunalen Trärgemeinschaft auch wirtschaftlich ist.

Zu 3: Verbreiterung des Einsatzspektrums über die reinen lebensrettenden Einsätze hinaus hin zu Akutlagen mit einer medizinischen Komponente.

Bislang wurden unter „Rettungsdienst“ überwiegend Einsätze verstanden, die ausschließlich der akuten Lebensrettung und der Abwehr von schweren gesundheitlichen Schäden dienen. Der starke, anhaltende Anstieg von Rettungsdiensteinsätzen führt allerdings zwangsläufig dazu, dass zunehmend auch zu Einsätzen gefahren werden muss, in denen kein Leben akut zu retten ist, sondern andere Probleme gelöst werden müssen. Zum einen gehören dazu Einsätze zu krisenhaften Situationen (z.B. Familienstreitigkeiten, verbale Auseinandersetzungen, persönliche Lebenskrisen, etc.) in deren Verlauf auch Symptome von Beteiligten gezeigt werden, die Krankheitswert besitzen können. Z.B. Zusammenbruch, Schmerzreaktionen an verschiedenen Körperstellen, schnelles und ungewöhnliches Atmen, Panikreaktionen, Weinkrämpfe, etc. Ebenso führen die Multimorbidität von älteren Bürgerinnen und Bürgern dazu, dass empfundene Symptome (z.B. Schmerz, Schwindel, Angst, etc.) auch im Kontext von Vorerkrankungen bewertet werden müssen (z.B. hatte schon 3 Herzinfarkte, Schlaganfälle, Krebserkrankung, etc.) und deshalb sicherheitshalber auch mit einem Rettungsmittel bedient werden müssen. Unter diese Kategorie fallen auch Einsätze, von älteren Menschen, die alleine wohnen und bei denen schon die kleinste erkrankungsbedingte Einschränkung zum Verlust der Autonomie führen kann, so dass sie sich nicht mehr alleine versorgen können. Eine Familie, die Arztbesuche oder ähnliches im Vorfeld organisiert fehlt dabei, so dass sich die Lagen über Tage aufbauen und dann einen Rettungsdiensteinsatz erforderlich machen. Diese kurze Erläuterung

ist bei weitem nicht abschließend, zeigt aber, dass der Rettungsdienst aufgrund der sich ändernden Rahmenbedingungen zunehmend zu einem medizinischen Versorger wird. Die dabei zu übernehmenden Aufgaben machen auch mehr medizinisches Fachwissen notwendig, das über das bisherige, rein auf lebensbedrohliche Situationen beschränkte Wissen hinausgeht. Die Einführung des Notfallsanitäters im Bundesausbildungsgesetz trägt diesen Umständen Rechnung. Im vorliegenden Änderungsgesetz wird dieser neue Beruf „Notfallsanitäter“ an verschiedenen Stellen notwendigerweise berücksichtigt.

Zu 4. Weiterentwicklung der Einsatzfahrzeuge für Sonderlagen (z.B. Schwergewichtige mit mehr als 200 kg Körpergewicht, Intensivtransportwagen, transportable Inkubatoren und Fahrzeuge für Patienten mit hochkontagiösen Erkrankungen).

Die Berücksichtigung dieser Sonderfahrzeuge und die dafür erforderlichen Personalqualifikationen in § 3 Abs. 4 ermöglichen die Beschaffung und den Unterhalt derartiger Fahrzeuge und tragen damit dem Stand der Technik Rechnung. Das Personal muss auch für diese Aufgaben geschult und geübt werden. Dieser Aufwand ist erheblich.

Zu 5: Veränderung der Krankenhauslandschaft mit einer zunehmenden Zentrenbildung und Arbeitsteilung

Der Aufbau von Traumazentren, Stroke Units, Spezialstationen für Verbrennungen, hochkontagiöse, Herzkatheterlabore, etc. bedeuten für den einzelnen Betroffenen, dass er eine Behandlung nach dem modernsten Stand der Technik erhält. Diese Expertise wird auch dadurch aufgebaut und erhalten, dass in diesen Einrichtungen jährlich eine Mindestzahl an Fällen behandelt wird. Zwangsläufig macht dies eine Zentralisierung notwendig. Die Konsequenz aus dieser Entwicklung ist, dass eben nicht in jedem Krankenhaus alle modernen Verfahren mehr verfügbar sind. Für den Rettungsdienst bedeutet das, dass er bestimmte Erkrankungen und Verletzungen, die zeitkritisch behandelt werden müssen, erkennen können muß, damit diese Fälle ohne Zeitverzögerung in das spezialisierte Zentrum gebracht werden können. Dies macht mehr Fachwissen erforderlich. Diese Zentrenbildung bedeutet aber auch eine sprunghafte Zunahme von Verlegungstransporten hin zu diesen Zentren und nach der Spezialbehandlung wieder zurück oder in eine weiterbehandelnde Einrichtung. Oft müssen diese Verlegungen von einem Notarzt begleitet werden, da Risiken und medizinischer Aufwand erheblich sind. Die Notärzte müssen dann auch in die entsprechenden Geräte der Rettungsmittel eingewiesen und vertraut sein, damit die Aufgabe, Behandlung und Überwachung während des Transports, auch gewährleistet ist. Irgendjemanden dann mitzuschicken, der jedoch die Geräte und Verfahren nicht kennt, ist fachlich nicht korrekt. Insofern ist es richtig, auch in der vorliegenden Novelle die einheitliche Zuständigkeit für Rettungsdienst und notärztlicher Versorgung im § 6 RettG NRW beizubehalten. Die verbesserte Ausbildung nach dem Notfallsanitätergesetz läßt erwarten, dass die Erwartungen an höheres Fachwissen damit auch erfüllt werden.

6. Erwartungen an eine qualitative dem Stand der Technik entsprechende notfallmedizinische Dienstleistung. Sowie der Umgang mit einer steigenden Anzahl von Beschwerden und gerichtlichen Überprüfungen von Behandlungen (auch wenn diese im Verhältnis zu klinischen Einrichtungen und Praxen geringer sind).

Die Bürgerinnen und Bürger gehen heute wie selbstverständlich davon aus, dass medizinische Dienstleistungen fachlich korrekt, sorgfältig und qualitativ vollständig erbracht werden. Bei Zweifeln scheuen sie sich nicht mehr, die Behandlungsqualität zu hinterfragen und einzufordern. Das gilt auch

für die medizinischen Dienstleistungen des Rettungsdienstes. Das Stichwort „Patientensicherheit“ nimmt dabei in der öffentlichen Diskussion an Bedeutung zu. Für die Leistungserbringer im Rettungsdienst bedeutet dies, dass die eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie die Notärzte qualifiziert und geschult sein müssen. Dazu gehört aber auch eine fachliche Konzeptionierung mit Hilfe von Vorgaben (Algorithmen) und die fachliche Überwachung im Sinne einer Qualitätssicherung. Des Weiteren ist eine transparente und lückenlose Dokumentation notwendig, da im Überprüfungsfall nur dokumentierte Maßnahmen glaubhaft sind. Obwohl der Rettungsdienst zahlreichen Einschränkungen hinsichtlich Aufklärungsfähigkeit, stabiler Durchführung von Maßnahmen, und Dokumentation unterliegt, wird das Machbare jedoch auch gefordert.

Im vorliegenden Änderungsgesetz wird diesen Umständen an mehreren Stellen Rechnung getragen. Zum einen wird eine Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes in § 7 Abs. 3 neu eingeführt. Zwar gibt es in NRW bereits nahezu flächendeckend Ärztliche Leiter Rettungsdienst, die Berücksichtigung im jetzt vorliegenden Änderungsgesetz trägt allerdings der notwendigen Funktion Rechnung. Des Weiteren wird durch den § 7a die Notwendigkeit von Dokumentation, Datenschutz und Qualitätsmanagement gesetzlich anerkannt und eingefordert. Der § 7a Abs. 4 eröffnet darüber hinaus der Ärztlichen Leitung die Möglichkeit nachzuverfolgen, was aus den Patienten geworden ist. Für die Verbesserung der rettungsdienstlichen Behandlung ist das ein wirklicher Fortschritt. Nur wenn man weiß, was besser gemacht werden kann, kann man es auch verbessern. Die Möglichkeit eines einheitlichen Qualitätsmanagements hilft hier eine Zersplitterung zu vermeiden.

Besten Dank noch einmal für die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme.

Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Alex Lechleuthner
- Vorsitzender -

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Lechleuthner', written in a cursive style.