



15. Rettungsdienstsymposium am 10/11.11.2016

„Das war`s!?“ Wo wir waren, wo wir sind und wo es hingehen sollte.



Hohenroda, den 10/11. November 2016

Wo waren wir?





Wo waren wir?

Anfänge 1946 – 1992 (erstes Rettungsdienstgesetz)

- **1947 erste KTW** „Mercedes Typ 170V“ für 7.350 Reichsmark (große Probleme mit passenden Reifen)
- KTW wurden oftmals nur mit **einem Fahrer** besetzt
- **72-Stunden-Woche** beim Bezirk Wiesbaden
- **1955** Ausstattung der KTW mit **Blaulicht**
- **1959 Bergwacht** wird organis. Bestandteil des DRK-LV
- **1960** Ausstattung der KTW mit **Funk** (dauerte bis 1974)
- **1960** betrieb das DRK **105 Rettungswachen** mit 470 haupt- und ehrenamtlichen Kräften (**314.000 Einsätze**)
- Rettungsdienst besteht im wesentlichen aus **Verbinden, Schienen und Transportieren**





Wo waren wir?

- März **1967** erster Versuch mit einem **Kleinhubschrauber**
- Aug. **1967** zweiter Versuch mit Unterstützung des ADAC
- 1967 **DIN** für KTW und RTW
- **1968** dritter Versuch an Uniklinik Ffm mit Bundeswehr;
erweiterte Ausbildung in **Erster Hilfe** unter Einbeziehung
der **Herz-Lungen-Wiederbelebung**
- **1970** Forderung einer Berufsausbild. f. Rettungssanitäter
- **1970** Forderung nach **Sanitätsleitstellen**
- **1974** 32 ortsfeste Funkstellen u. 31 Anlag. in Rettwachen





Wo waren wir?

- zw. **1960** und **1970** Erkenntnis, dass **nicht mehr** der schnellstmögliche **Transport im Vordergrund** stehen soll, sondern bestmögliche Versorgung vor Ort
- **1972** Stationierung von **Christoph 2 in Frankfurt**
- **1977 Grundsätze zur Ausbildung** des Personals im Rettungsdienst“ des Bund-Länderausschusses „Rettungswesen“
- **1978** zwischen Hilfsorganisationen und HSM wurde eine Vereinbarung z. Durchführung des RD geschlossen
- **1980** 450 KTW, 61 RTW und 16 NAW des DRK-Hessen,



Wo waren wir?

- **1990** erstes Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) vollständig i. Kraft getreten 1992
- **1991** Rettungsdienst-Buchführungsverordnung
- **1991** Rettungsdienst-Benutzungsentgeltverordnung
- **1992** Rettungsdienst-Betriebsverordnung
- **1992** Verordnung über die rettungsdienstliche Versorgung bei größeren Schadensereignissen
- **1993** Änderung des HRDG
- **1993** erster Rettungsdienstplan des Landes
- **1998** Gesetz zur Neuordnung des RD (HRDG 1998)



1. Rettungsdienstsymposium 2000 (in Limburg):

- Die **Rettungskette**
- Die **Leitstelle**
- Pro – Contra Integrierte Leitstellen
- **Schnittstellen**problematik zw. Rettungsdienst / Arzt
- **Schnittstellen**problematik Krankenhaus / RD
- Podiumsdiskussion „Zukünftige Entwicklung d. RD“
- **Helfer vor Ort**
- **Qualitätsmanagement** im RD
- **Kriseninterventionsdienst**, Einsatzkräftenachsorge
- neue Euro-Norm
- die **Notkompetenz** im RD



3. Rettungsdienstsymposium 2003 (in Hohenroda)

- Vergleich der RD in Deutschland mit Frankreich, Österreich, Dänemark, Großbritannien u. Spanien
- Der Notarzt – Einsparpotenzial?
- **Notkompetenz** ➤ Regelkompetenz ➤ Paramedic
- Notarztmangel
- **Organisatorische Trennung**
- Fallpauschalen (DRG) in Krankenhäusern ➤ Auswirkungen auf den RD
- Qualitätsmanagement – Notwendigkeit oder Modeerscheinung?
- **ÄLRD** – Schrittmacher oder Hemmschuh?



7. Rettungsdienstsymposium 2007

- Der **Patient** und die Reformen
- **Volkswirtschaftlicher** Nutzen des RD
- Kosten-Nutzen-Balance im RD
- Arbeitsbedingungen für das **Personal**
- Der **Mitarbeiter** im Gefüge des RD
- Führen – Fördern – Coachen
- **Ausschreibungen** im RD – Die Grenze des Machbaren oder das Ende des RD.
- **Aufgaben u. Grenzen des ÄLRD**
- RD – Speerspitze des **Bevölkerungsschutzes?**



11. Rettungsdienstsymposium 2011

- **Größe der Leitstellen** (Großleitstellen) ??
- Integrierte, Zentrale, Bunte Leitstellen
- **Berufspolitik** für den Rettungsdienst
- Frage nach **Optimierungspotentialen**
- **Patientenübergabe** im Krankenhaus
- Brauchen wir **Qualitätssicherung im RD**
- **Normung** im Rettungsdienst
- **Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)**
- Rettungsdienst und **Ökonomie**
- **Ehrenamt** im Rettungsdienst

Wo stehen wir?

moderne Rettungswachen und Fahrzeuge



Rettungswache Hünfeld



Wo stehen wir?

- flächendeckendes Rettungswachennetz
- die Luftrettung ist flächendeckend eingeführt
- Integrierte Leitstellen sind selbstverständlich
- moderne Fahrzeuge
- **Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement**
 - ÄLRD sind heute selbstverständlich
- Helfer vor Ort sind weitgehend anerkannt
- Patientenübergabe im Krankenhaus (**IVENA**)
- neuer Beruf **Notfallsanitäter** ist in der Einführung
- **Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)**
- **Volkswirtschaftlicher Nutzen des RD erwiesen**

Wo stehen wir?





Zukunfts-Themen:

- Bundesratsinitiative: Rettungsdienst / SGB V
- Rettungsdienst/Ärztlicher Bereitschaftsdienst
- Schnittstelle Rettungsdienst/Krankenhaus
(Gesundheitskonferenzen, IVENA)
- Leitstellenausbildung (eigenes Berufsbild)
- **Fachkräftemangel** / Notarztmangel
- Telemedizin (Telenotarzt)
- **Strukturwandel** im Gesundheitswesen / Veränderung der Krankheitsbilder
- **Demographischer Wandel**
- Thesenpapier „Zukunft des Rettungsdienstes“ des Länderausschusses



Wo soll es hingehen?





Verknüpfung mit dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung

- Bundesweit spürbarer **Ärzte- und Notärztemangel** erfordert eine **bestmögliche Nutzung und gezielte Einsatzsteuerung** der ärztlichen und notärztlichen Ressourcen.
- Die Ressource Notarzt muss für lebensbedrohliche Notfälle zur Verfügung stehen und nicht unnötig gebunden werden.
- Es besteht **dringender Handlungsbedarf**
(vgl. Sachverständigengutachten 2014, S. 443 ff).



Schnittstelle RD / Krankenhaus (Gesundheitskonferenzen, IVENA)

„**Golden Hour**“ - Maßstab für den erfolgreichen RD

Durch das Eintreffen der Patienten im geeigneten Krankenhaus in weniger als einer Stunde, erhöhen sich die Überlebens- und Heilungschancen!

Medizinische Fachgesellschaften fordern:

dass die klinische Therapie bei wesentlichen
notfallmedizinischen Krankheitsbildern **nach höchstens
90 Minuten** beginnt.

Um dies zu gewährleisten, muss die stationäre Diagnostik u.
Therapie **spät. 60 Min. nach Notrufeingang beginnen!**



Eine optimale Notfallversorgung kann nur im Zusammenspiel zwischen dem Rettungsdienst und den Krankenhäusern erfolgen.

Der Hess. Krankenhausrahmenplan und der Hess. Rettungsdienstplan geben hierfür klare Vorgaben.

Die Krankenhausplanung verlangt, dass ein Krankenhaus, das an der Notfallversorgung teilnimmt, in der Regel innerhalb von **20 Min.**, maximal jedoch innerhalb von **30 Min.** nach der Aufnahme des Patienten durch den Rettungsdienst zu erreichen sein muss.

Dies ist in den Gesundheitskonferenzen festzulegen.

Hilfreich: Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (**IVENA**)



Fachkräftemangel / Notarztmangel

Während die Einsätze ständig steigen, wird die Zahl der Mitarbeiter abnehmen.

Benötigt wird: ein **attraktives Berufsbild** Notfallsanitäter

Sozialversicherungsrechtlicher Status der Notärzte:

Deutsche Rentenversicherung sieht
„Scheinselbstständigkeit“


Telemedizin / Telenotarzt)

- situations- und bedarfsgerechter Notarzteinsatz
- neue Pilotprojekte zum Telenotarzt
- Anpassung des Notarztindikationskataloges
- rechtliche Klärungen (z. B. Haftungsrecht, Ferndiagnose)
- ...



Strukturwandel im Gesundheitswesen

Einsätze des RD steigen durch die **demographische Entwicklung** der Bevölkerung, die **Änderung der Krankenhauslandschaft**, die **Änderung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes**, den **Hausarztmangel** in den ländlichen Gebieten; aber auch das **Anspruchsdenken der Bevölkerung** hat sich gewandelt.

Der RD ist mit seinen Rettungswachen flächendeckend in den Gemeinden „vor Ort“  ein wesentlicher Eckpfeiler einer wohnortnahen Infrastruktur der Daseinsvorsorge.

Jeder **8. Bürger** nimmt einmal jährlich den RD in Anspruch!



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Bürgernahe Leistungsfähigkeit der Hilfssysteme in Sozialarbeit, Gesundheit und Daseinsvorsorge müssen gerade in dünner besiedelten Landkreisen besser vernetzt und in gegenseitiger Unterstützung verfasst und organisiert werden.

Medizinisches Problem  112

Dahinter steht aber ein RD, der in Konzeption und Kompetenzzuweisung teilweise noch den Anforderungen der 1960er Jahre entspricht.



Veränderung der Krankheitsbilder

Mit der Alterung nimmt der Anteil der Menschen zu, die unter mehreren Erkrankungen leiden.

Krankheitsbilder verändern sich (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden um ca. 50 %, Atmung und zentrales Nervensystem um 30 % und psychiatr. und geriatrische Erkrankungen ebenfalls zunehmen).

Chronische Leiden nehmen zu – neben Infarkt, Schlaganfall und Krebs besonders Diabetes, Demenz und rheumatische Erkrankungen.

Außerdem nimmt die soziale Lage immer mehr Einfluss auf die Gesundheit.



Durch Abstimmung der vorhandenen Ressourcen können enorme Potentiale gehoben werden.

Aufgrund der Entwicklung im medizinischen Bereich muss sich der RD auf neue Aufgaben ausrichten.



War es das?

Für mich ja!

Vielen Dank

für die gute Zusammenarbeit

und auf Wiedersehen

W. Schier