

RETTUNGSDIENST



Für mehr Liebe zum Leben in NRW

Positionspapier der Johanniter NRW
zum Rettungsdienst 2023



JOHANNITER
Landesverband NRW





Vorwort

Die Zeit für Reformen in der Notfallversorgung drängt. Das System bewegt sich durch chronische Überlastung auf einen Kipppunkt zu. Steuert die Politik nicht sehr bald vehement dagegen, wird die Qualität in dem sensiblen Versorgungssegment spürbar abnehmen.

Wir haben Expertinnen und Experten aus dem Blaulicht-Bereich zu aktuellen Problemen und Lösungsansätzen für einen zukunftsfähigen Rettungsdienst exklusiv befragt. Was auf Grundlage der Studienergebnisse jetzt getan werden muss, haben wir Johanniter im Folgenden zusammengefasst.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Rettungseinsätze stark gestiegen. Die Rettungsberufe sind gravierend vom Fachkräftemangel

betroffen, während Beschäftigte wegen steigender Notrufzahlen immer höherer Belastung ausgesetzt sind. Mit der **anstehenden Novellierung des Rettungsgesetzes NRW** muss gesteuert werden, um **die notfallmedizinische Patientenversorgung in Nordrhein-Westfalen nachhaltig sicherzustellen.**

Fest steht: Um die flächendeckende präklinische Notfallversorgung auch in Zukunft zu gewährleisten, müssen Einsätze effektiver organisiert, die Zusammenarbeit verbessert sowie zeitnah mehr Ressourcen in das Versorgungssystem integriert und diese dauerhaft gerechter verteilt werden – damit wir uns weiterhin auf die Verlässlichen verlassen können, die kommen, wenn wir sie dringend brauchen: **Notärzte, Notfallsanitäterinnen und Rettungssanitäter.**



Udo Schröder-Hörster
Mitglied des
Landesvorstandes

Zur Studie

Die von einem unabhängigen Forschungsinstitut durchgeführte Befragung lässt knapp 20 Expertinnen und Experten der präklinischen Notfallversorgung zu Herausforderungen und Zukunftsperspektiven des Rettungsdienstes 2030 zu Wort kommen und liegt als Ergebnisbericht vermittels aggregierter Auswertungen vor.

Die telefonischen Leitfadeninterviews haben eine durchschnittliche Länge von 38 Minuten und wurden mit Expertinnen und Akteuren aus der Praxis durchgeführt. Um möglichst alle relevanten Perspektiven im Feld aufzugreifen, wurden drei Zielgruppen definiert: Verbände bzw. Hilfsorganisationen, Wissenschaft und Politik & Verwaltung.

Die Interviews unterteilen sich in drei thematische Blöcke:

1. Biografischer Hintergrund und rettungsdienstliche Funktion zum Einstieg;
2. Aktuelle und zukünftige Herausforderungen des Rettungsdienstes in NRW differenziert nach Priorität;
3. Detaillierte Diskussion von drei der vier im Voraus festgelegten Themenbereiche „Personal/Ausbildung“, „Präklinische Versorgung“, „Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst“ und „Intersektorale und interkommunale Zusammenarbeit“.

Zu jedem Bereich wurde jeweils eine Problembeschreibung formuliert, die als Grundlage der folgenden Analyse von Ursachen und Lösungsansätzen für die Herausforderungen in der präklinischen Notfallversorgung diene.



Ausbildungsplätze schaffen, Auszubildende gewinnen

Was funktioniert nicht?

Der Mangel an Fachkräften in den Rettungsberufen bedroht die Versorgungssicherheit in NRW. Alle befragten Expertinnen und Experten sind der Ansicht, dass die Personalnot auf absehbare Zeit das größte Problem der präklinischen Notfallversorgung darstellt.

Auch aus den Reihen der Feuerwehr kommen Alarmsignale. Der Direktor einer großstädtischen Feuerwehr schildert im Interview, dass die taktische Reserve (Einheiten der Brandbekämpfung) seit 2022 immer häufiger zu Rettungsdienst-Einsätzen geschickt werde, was darauf hindeute, „dass Rettungswagen für ihre eigentliche Aufgabe nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung standen.“ Dabei ist die taktische Reserve für besondere Einsatzlagen und Spitzenbedarfe eingerichtet und nicht dafür, „strukturelle Probleme im System mit einer gewissen Kontinuität zu beseitigen“, wie der Feuerwehrdirektor betont.

Eines dieser strukturellen Probleme ist die über Jahre **viel zu geringe Ausbildungsquote bei Notfallsanitätern**. Ein Johanniter-Regionalvorstand skizziert die Situation wie folgt:

“ Der Notfallsanitäter ist zwar eine Berufsausbildung, sie steht aber nicht im Berufsbildungsgesetz, das heißt, [...] sie wird nicht über Steuergelder oder ähnliches finanziert, sondern muss [...] über die Träger des Rettungsdienstes finanziert werden, der Träger des Rettungsdienstes ist üblicherweise die Kommune bzw. der Kreis, die sich aber ihre Ausgaben dann auch über die Krankenkasse zurückholen. Und viele Gemeinden in NRW waren auch in der Haushaltssicherung, sodass da ganz klar gesagt wurde, wir bezahlen über die Refinanzierung durch die Krankenkassen hinausgehende Ausbildungsplätze nicht und insofern ist da über viele Jahre viel, viel zu wenig Personal ausgebildet worden. ”



Nachdem sich die Krankenkassen in NRW zunächst rechtswidrig gänzlich weigerten, für Ausbildungskosten aufzukommen, bewilligen sie seit 2018 in den mit den Kommunen ausgehandelten Rettungsdienst-Bedarfsplänen nur für das absolute theoretische Minimum, welches bereits heute den praktischen Ansprüchen nicht genügt: Gerechnet wird irrigerweise, als ob alle Auszubildenden bis zur Rente ihren Beruf durchgängig ausüben würden.

Das System und die Mitarbeitenden sind überlastet. Als gemeinnützige Hilfsorganisationen können wir diese chronische **Ausbildungs-Unterfinanzierung** nicht mehr auffangen. Die Ausbildung ist für **Ausbildungsträger finanziell extrem belastend, wenn sie über den „Plan“ hinaus ausbilden**. Teilweise hohe Schulkosten (100T€/NotSan) und immer schlechtere Arbeitsbedingungen halten potentielle Rettungskräfte vom Weg in die Berufe ab.

Dabei ist der Beruf attraktiv, das Interesse an der Ausbildung zum Notfallsanitäter enorm, wie der Leiter einer Lehrrettungswache im Interview schildert:

// Also wir haben jetzt hier intern ein Assessment-Center [für Notfallsanitäter-Azubis] gemacht, da gab es über 280 Bewerbungen, auf 6 oder 7 Stellen. So, und das ist natürlich eine enorme Anfrage. Auch Menschen aus anderen Bundesländern haben sich hier beworben. In dem Sinne würde ich sagen, es gibt genug Bewerber, aber es gibt viel zu wenig Ausbildungsstellen. //

Höhere Ausbildungsquoten könnten damit kurz- bis mittelfristig einen erheblichen Beitrag zur Bekämpfung des Fachkräftemangels im Rettungsdienst leisten.

Wie kann es funktionieren?

Die Krankenkassen und Kommunen sind in der Pflicht, von ihrem Minimalkurs abzuweichen und die **Investitionen in die Ausbildung der Rettungsberufe** stark zu erhöhen. Eine bedarfsgerechte Ausbildungsfinanzierung für die Leistungserbringer ist zwingend nötig, um auch in Zukunft verlässlich Menschenleben retten zu können und das System nicht kaputtzusparen.

In lebensrettenden Berufen Ausbildungskosten von den Ausbildungsbetrieben zu verlangen, ist absurd: Die Ausbildung muss zukünftig durch die gebotene **Abschaffung der Ausbildungskosten** und damit die **Aufnahme in das Berufsbildungsgesetz** sowie den **Wegfall von § 29 des Notfallsanitätergesetzes** kostenfrei sein. Mit diesem Schritt finden durch mehr Ausbildungsplätze wieder mehr Menschen den Weg in die Rettungsberufe.

Effiziente präklinische Versorgung

Was funktioniert nicht?

Im Notfall wird in Deutschland die 112 gewählt – und das immer öfter ohne medizinische Notlage. Die Zahl der Einsätze für nicht-lebensbedrohliche Erkrankungen und Verletzungen ist aktuell viel zu hoch. Eine von uns befragte Notfallsanitäterin schildert das Problem folgendermaßen:

// Wir haben diese Alarmierungen, für Grippe-Einsätze oder kleinste Verletzungen, wo die Leute sagen, ja, das Taxi ist zu teuer oder, – ich find's schlimm persönlich, wenn ich zu Menschen fahre, die im Alter meiner eigenen Eltern oder Großeltern sind, denen ich dann erklären muss, wie man mit einem fieberhaften Infekt umgeht. Also das finde ich dann schwierig. Und anstrengend. Also das ist wirklich das, was einen dann irgendwann kaputt macht, auch weil die Einsatzzahlen dann so steigen, man ist den ganzen Tag unterwegs und denkt sich: ich hatte jetzt einen Patienten dabei von 9 in 12 Stunden, der hat uns wirklich gebraucht. //

Alarmierungen dieser Art belasten die Rettungskräfte, die kaum noch Pausen zwischen den Einsätzen haben, und blockieren sie für lebenskritische Notfalleinsätze. Das differenzierte System aus kassenärztlichen Bereitschafts- und Notdiensten, Pflege- und psychiatrischen Notdiensten, Portalpraxen, Notfallzentren, klinischen Notaufnahmen – auch diese sind überfüllt – und Rettungsdiensten ist in der Bevölkerung kaum bekannt.

Ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst bewertet die Situation ähnlich, sieht aber auch die anderen genannten Systemkomponenten in der Pflicht hier für Entlastung im Rettungsdienst zu sorgen:

// Natürlich auch ich sehe das, dass wir immer wieder Menschen behandeln, wo auch wir den Eindruck haben, dass vielleicht ein anderes System, die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die Heimfürsorge, der psychosoziale Notfalldienst eher geeignet wären, ein besseres Hilfsangebot auszusprechen. //

In dem Zusammenhang klingt bei vielen Expertinnen und Experten deutliche Kritik an der Leistungsfähigkeit des kassenärztlichen Bereitschafts- bzw. Notdienstes an. Die angebundenen Leitstellen der 116 117 seien häufig wenig bekannt und schwer erreichbar. Die Entsendung der diensthabenden Ärztinnen und Ärzte dauere zudem häufig so lange, dass die dringenden Anliegen der Menschen wieder bei den Leitstellen der 112 aufliefen. Diese alarmierten dann mangels Alternativen letztlich doch einen Rettungswagen.

Der zuvor zitierte Ärztliche Leiter Rettungsdienst formuliert die Herausforderung mit Blick auf die nach Sektoren getrennten Leitstellen treffend wie folgt:

“ Im Moment haben wir zwei autark nebeneinanderher existierende Systeme in der präklinischen Notfallversorgung, die nicht gut aufeinander abgestimmt sind. ”

Das Problem bereitet auch in den Leitstellen der 112, die die Rettungsdienste alarmieren, Kopfzerbrechen. Ein Leitstellendisponent bringt es aus Sicht des Menschen in Not, der Hilfe sucht, auf den Punkt:

“ Wir überlassen die Entscheidung der Dringlichkeit des eigenen Anliegens der eigenen Bevölkerung. Das kann nicht funktionieren. ”

Fehlende Dispositionsalternativen und Notrufabfragestandards, mangelhafter Austausch von Daten aufgrund unterschiedlicher Einsatzleitsysteme sowie Rechtsunsicherheiten bei der Disposition werden von den befragten Expertinnen und Experten als zentrale Probleme der Leitstellen in diesem Zusammenhang benannt.



Ein großes Ärgernis ist die langsame und fehleranfällige Übermittlung von Einsatzdaten zwischen den Leitstellen. Die mangelnde Digitalisierung treibt einen befragten Leitstellendisponenten hier besonders um:

“ Dass wir im Großen und Ganzen Einsätze nicht digital austauschen können, dass wir mit den Callcentern der kassenärztlichen Vereinigung [Rufnummer 116 117] die Daten nicht digital austauschen können, dass wir zum Teil Rettungsmittel nicht selber voranmelden können digital, in manchen Bereichen geht das, in manchen nicht, [...] es läuft alles mündlich. Mit der Gefahr von Übermittlungsfehlern, mit der Gefahr von Verständnisfehlern, mit so vielen Gefahren und – ja, wir haben 2023, bitte! Also das muss digitalisiert werden, ich muss per Knopfdruck einen Einsatz weiterleiten können an irgendeine x-beliebige andere Leitstelle! Aber das funktioniert schon aus dem Grunde nicht, weil es ja auch zig verschiedene Einsatzleitsysteme gibt, weil's auch da in NRW keine Einheitlichkeit gibt. ”

Wie kann es funktionieren?

Die Rufnummern 112 und 116 117 erreichen künftig eine **digital integrierte Gesundheitsleitstelle als erstes Lotsensystem für die Patientinnen und Patienten**. Entsprechend geschultes Personal übernimmt anhand eines **einheitlichen Beurteilungssystems** telefonisch die Priorisierung und Weiterleitung. Eine direkte Weiterleitung zur **teleärztlichen Konsultation** für die Anrufenden würde die Versorgungsstruktur zusätzlich erheblich entlasten.

Die direkte Priorisierung von gemeldeten medizinischen Notfällen ermöglicht in der Folge eine Anpassung der gesetzlich festgelegten **Hilfsfristen**. Die **Interventionszeit** wird prioritätsgebunden über eine Versorgungs-Soll-Zeit festlegt. Natürlich soll die Hilfsfrist für echte lebenskritische Notfälle erhalten bleiben; für die vielen minder schweren Notfälle sollte sie aber deutlich erhöht werden. In der Umsetzung müssen entsprechend **Ärzte** zur medizinischen Beurteilung eines Notfalles **in die Gesundheitsleitstellen** miteinbezogen werden und ergänzend mittels Telemedizin („Zuschaltung“, Vitalparameter-Übertragung) in die notfallmedizinische Betreuung vor Ort eingebunden werden. Das verbessert die Versorgung, entlastet die Einsatzkräfte und spart Geld.

Das richtige Rettungsmittel für die richtige Behandlung

Was funktioniert nicht?

Aktuell kommt zu fast allen gemeldeten Notrufen ein Rettungswagen, der für jeden medizinischen Einsatz gleich ausgestattet ist – ohne die Hilfsmittel sauber nach Priorität und Bedarf der Notfälle aufzuteilen. Durch die strikte **Gleichbehandlung jedes Notfalls** werden oftmals weniger akute Fälle versorgt, während lebensbedrohliche Notrufe jederzeit eingehen können.

Ein Leitstellendisponent fasst die Situation wie folgt zusammen:

// Es wurde verschlafen, den Leitstellen angemessene Möglichkeiten zu eröffnen, um auf die sich ändernden Anforderungen der Bevölkerung angemessen zu reagieren. Und hier geht's tatsächlich um das Wort angemessen. Und es ist nicht angemessen, wenn wir eine rollende Intensivstation mit einem Notfallsanitäter zu Bauchschmerzen seit drei Wochen schicken – aber die Leitstellen können gar nicht anders. Die haben da überhaupt gar keine andere Option. //

Auch beim bisherigen Vergütungsmechanismus für Einsätze hinkt die Gesetzgebung den tatsächlichen Erfordernissen im Einsatzgeschehen hinterher. Rettungsfahrten, bei denen eine **ambulante Behandlung** der Patienten ausreicht und kein Transport in die nächste Notaufnahme nötig ist, werden für den Rettungsdienst in der Praxis bislang nur selten vergütet (sog. „Alarm in guter Absicht“). Dadurch entsteht ein **Fehlreiz für Krankenhaustransporte** und die ohnehin knappen Ressourcen werden weiter erschöpft.

Darüber hinaus ist der – auch aus Gründen der rechtlichen Absicherung – **quasi verpflichtende Transport** in eine **Notaufnahme** bei weniger akuten Fällen oft nur unnötige Zusatzbelastung für Krankenhäuser und Patientinnen. Die Disponentinnen und Disponenten arbeiten in der permanenten Sorge, wegen einer angeblich zu

niedrigen Priorisierung von Einsätzen verklagt zu werden, und entsenden sicherheitshalber den Rettungswagen.

Im Einsatz begeben sich Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter trotz bereits getroffener gesetzlicher Anpassungen von 2021 bei der Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen immer wieder **eigenverantwortlich in rechtliche Grauzonen oder müssen sich zunächst ärztlich rückversichern** – obwohl sie während ihrer dreijährigen Ausbildung die Maßnahmen zur notfallmedizinischen Patientenversorgung umfassend erlernt haben.

Wie kann es funktionieren?

Die eingehenden Notfälle müssen viel besser nach Bedarf zu den passenden Rettungsmitteln priorisiert werden. Leitstellen-Disponentinnen und Disponenten brauchen hierfür standardisierte Notrufabfragen, die Rechtssicherheit erzeugen, sowie mehr Wahlmöglichkeiten bei den Rettungsmitteln, um den **Einsatz bedarfsgerecht** anzupassen. Bei weniger akuten Notfällen sollte der Disposition ein technisch besser ausgestatteter Krankentransportwagen i.S. eines **Notfall-KTW** zur Verfügung stehen, der mit erfahreneren Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern versehen innerhalb von 1-2 Stunden am Einsatzort eintrifft und die Erstversorgung übernimmt.

Darüber hinaus muss der Transport zu Bereitschaftspraxen (außerhalb der regulären Öffnungszeiten), vorausgewählten KV-Praxen (innerhalb der Öffnungszeiten) oder gleich in eine Portalpraxis zur weiteren Abklärung möglich sein und vergütet werden. Mit der **Einrichtung integrierter Notfallzentren (INZ)** in allen Krankenhäusern mit umfassender Notfallversorgung könnten außerdem Notfälle unterschiedlicher Stärke jeweils passend aufgenommen und weiterbehandelt werden. Ein INZ besteht immer aus einer **Notaufnahme**, einer **KV-Notdienstpraxis** und einer **zentralen Ersteinschätzungsstelle**.

Notwendig ist also eine Binnendifferenzierung der Rettungsmittel (s.u.):

Einsatzgründe	Rettungsmittel	Besatzung/Qualifikation
Lebenskritische Notfälle wie Herzinfarkt, Apoplex etc. (<8 Min.)	Rettungswagen	Notfallsanitäter/-in – 3 Jahre Ausbildung
Notrufe ohne Zeitdruck (1-2h)	Notfall-KTW (NEU) mit höherer technischer Ausstattung	Rettungssanitäter/-in – 10 Wochen Ausbildung + mind. 1jähriger Einsatzerfahrung
Krankentransport (2h+) für Rückenschmerzen, Bänderdehnung etc.	Krankentransportwagen (KTW)	Rettungssanitäter/-in – 10 Wochen Ausbildung
Ergänzend: KV-Notfalldienst außerhalb der Praxis-Öffnungszeiten und Portalpraxen an den Krankenhäusern	PKW	(Haus)Arzt/Ärztin und Fahrer/-in

Eine Ausschärfung von §133 SGB V ist zudem nötig, damit der Rettungsdienst nicht länger als reine Transport- sondern vielmehr als eigenständige ambulante Versorgungsleistung festgeschrieben wird. Damit werden ambulante Leistungen pro Einsatz vor Ort auch ohne Patiententransport vergütet, wodurch Krankenhauseinweisungen verringert und Ressourcen sinnvoller eingesetzt werden.

Eine **Kompetenzerweiterung des Ausbildungsberufes „Notfallsanitäter“** ist ferner notwendig, um die vorhandenen Ressourcen im Einsatz vollumfänglich zu nutzen, ohne dass sich die behandelnden Personen in juristische Grauzonen begeben müssen.

Wir fordern in dem Zusammenhang ein **sofortiges Ende der Willkür und Kleinstaaterei der Kommunen**, die den unter Umständen notwendigen Austausch von Rettungsdienst-Personal zwischen benachbarten Rettungswachen verunmöglicht. Viele „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ in NRW geben vor, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei ihnen vor dem ersten Einsatz eine mehrstündige Präsenzfortbildung zu „örtlichen Besonderheiten“ besuchen müssen. Eine Rettungswache, die beispielsweise aufgrund einer Krankheitswelle kurzfristig Mitarbeitende aus dem benachbarten Kreis benötigt, kann deshalb nicht nachbesetzt werden – ein absolutes No-Go in Zeiten von Navigationsgeräten und Online-Fortbildungen.

In dem Zusammenhang ist das „Gemeinsame Kompendium Rettungsdienst“ flächendeckend in allen Kommunen anzuwenden, welches Behandlungsstandards bereits in 28 Städten und Kreisen in NRW einheitlich regelt und so für bessere interkommunale Zusammenarbeit sorgt. Alle befragten Expertinnen und Experten – darunter auch zwei Ärztliche Leiter Rettungsdienst – unterstützen die Forderung nach einheitlichen Arbeitsstandards für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter für ganz NRW und mahnen in der Frage substantielle Fortschritte an.



Gute Infrastruktur für Ausbildung und Rettung

Was funktioniert nicht?

Die **Notfallversorgung** ist sowohl Teil des Gesundheitssystems mit den daraus resultierenden Finanzierungszuständigkeiten der Sozialversicherungsträger als auch Teil der Gefahrenabwehr in kommunaler Verantwortung. Diese Überschneidung sorgt bei zunehmender finanzieller Belastung immer wieder für Probleme.

In der Folge ist **die Rettungswachen-Infrastruktur** in einigen Kommunen bereits so beeinträchtigt, dass die Wachen von Mitarbeitenden zu Recht als „unzumutbar“ betrachtet werden. Ein befragter Notfallsanitäter berichtet in Bezug auf die Kommunikationsinfrastruktur aus dem Alltag:

Wie kann es funktionieren?

Um die Notfallversorgung effizienter zu gestalten, muss die **Finanzierung vereinfacht und die Bürokratie mit digitalen Lösungen abgebaut werden**. Zum Beispiel durch **Budgetlösungen**, die die Kosten des Rettungsdienstes inklusive der Kosten der medizinischen Versorgung abbilden. Die Kommunikation zwischen Leitstellen, KV-Notdiensten, Rettungsdiensten und Krankenhäusern muss vollständig digitalisiert werden, um für einheitliche und fehlerfreie Informationslagen zu sorgen und zeitkritische Einsätze schnellstmöglich zu organisieren. Davon unabhängig bedarf es **weitreichender Investitionen in die Rettungswachen-Infrastruktur**.



Wir haben natürlich diese Pieper, diese Melder, wo die Einsatzmeldung draufkommt, aber dann steh ich vor dem Faxgerät und warte, bis da noch ein Zettel kommt, wo evtl. noch zwei, drei Informationen stehen, die da nicht mehr drauf gepasst haben oder verloren gegangen sind. Wir schreiben alles per Hand, ich habe für jeden Patienten drei Seiten, die ich ausfülle und dann noch zwei Durchschläge, die ich irgendwo abhefte, das ist der reinste Papierkrieg.



Klarheit bei der Bereichsausnahme

Was funktioniert nicht?

Bis zur Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs über die **Bereichsausnahme im Vergaberecht** war nicht vollkommen klar, ob Rettungsdienste nach EU-Vergaberecht ausgeschrieben werden müssen. Nach der 100%-Klärung versuchen Anwaltskanzleien trotzdem Unsicherheiten zu schüren und waren zuletzt bei einer NRW-Vergabekammer erfolgreich, die indirekt die Aufnahme der Bereichsausnahme in das Rettungsgesetz NRW forderte.

Wie kann es funktionieren?

Rettungsdienste müssen demnach nicht EU-weit ausgeschrieben werden. Damit aber bei der Vergabe rettungsdienstlicher Aufgaben gemeinnützige Hilfsorganisationen konsequent privilegiert werden können, muss im Zuge der Rettungsgesetz NRW-Novellierung dringend **§ 13 des Rettungsgesetzes NRW** nachgeschärft werden: Nur **gemeinnützige (Hilfs-) Organisationen**, deren Mitwirkung im „Katastrophenschutzgesetz“ (BKHG) des Landes NRW festgestellt worden ist, fallen unter die Bereichsausnahme. Dadurch wird der Notfallversorgung in Nordrhein-Westfalen endlich und endgültig eine sichere Rechtsgrundlage gegeben.



Unser Statement

Die Novellierung des NRW-Rettungsgesetzes ist ein Weckruf für die an der Notfallversorgung beteiligten Akteure: Johanniter-Unfall-Hilfe, die anderen anerkannten Hilfsorganisationen, Feuerwehren und Kommunen, Krankenkassen, Bezirksregierungen und die zuständigen Ministerien der Landesregierung – wir alle stehen vor der drängenden Aufgabe, die Rettung von Menschen in Not weiterzuentwickeln und vielfach die Weichen hierfür neu zu stellen. Hierzu bedarf es erstens der Einrichtung integrierter, digital vernetzter Leitstellen für eine effiziente, sektorenübergreifende Zusammenarbeit und gerechte Lastenverteilung. Zweitens müssen wir die zur Verfügung stehenden Rettungsmittel

besser zur Geltung bringen, indem wir ihre Nutzung bedarfsgerecht differenzieren und damit schärfen, um die Passgenauigkeit und Effektivität der Notfallversorgung zu erhöhen. Drittens sind finanzielle Investitionen in eine resiliente Rettungswesen-Infrastruktur samt moderner Rettungswachen, auskömmlicher Ausbildungsquoten und attraktiver Arbeitsbedingungen von Nöten, um wieder mehr Menschen für das anspruchsvolle Arbeitsfeld der Notfallrettung auszubilden und langfristig zu gewinnen.

Gelingt uns dies nicht, wird der Rettungsdienst in absehbarer selbst Zeit zum Polytraumapatienten, dessen Hilfsfrist verstrichen ist.

Über die Johanniter-Unfall-Hilfe im Rettungsdienst und Katastrophenschutz in NRW

Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist im Rettungsdienst fest verankert. Unsere Notfall- und Rettungssanitäterinnen und -sanitäter sind bundesweit an 365 Tagen im Jahr, 24 Stunden am Tag im Einsatz – **2022 sind sie über 500.000 Mal ausgerückt**, davon **rund 330.000 Mal** aus **77 Rettungswachen alleine in NRW**. Im Kassenärztlichen Notfalldienst in Westfalen führen Johanniter bei rund **74.000 Einsätzen rund 1,3 Mio. Kilometer Hausärzte** zu ihren Patientinnen. Die hauptamtlichen Lebensretterinnen und Lebensretter werden

– zum Beispiel bei besonderen Bedarfen – von tausenden ehrenamtlichen Mitarbeitenden unterstützt, die mit ihrer Arbeit einen unverzichtbaren Teil zum Rettungsdienst beitragen.

Eng verzahnt mit dem Rettungsdienst ist der **Katastrophenschutz**. Bei größeren Schadenslagen, Massunfällen, Evakuierungen usw. kommen die 26 Einsatzeinheiten der Johanniter mit ihren hunderten Ehrenamtlichen im NRW-Katastrophenschutz zum Einsatz.

Udo Schröder-Hörster
Landesvorstand der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Tel. 0221 99399-110
landesvorstand.nrw@johanniter.de

Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.
Landesverband Nordrhein-Westfalen
Siegburger Straße 197
50679 Köln

Tel. +49 221 99399-110
Fax +49 221 99399-199
landesvorstand.nrw@johanniter.de
www.johanniter.de/nrw



JOHANNITER
Landesverband NRW

