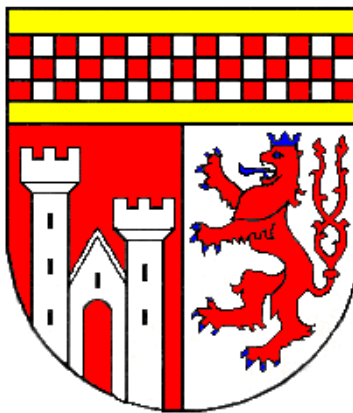


- Verwaltungsentwurf -

Stand 04.11.2009

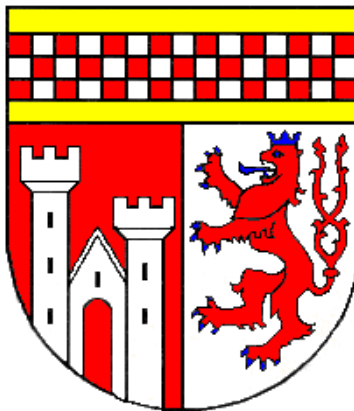
Bedarfsplan für den Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises 2009



- Verwaltungsentwurf -

Stand 04.11.2009

Bedarfsplan für den Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises 2009



Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IX
Abbildungsverzeichnis.....	X
Diagrammverzeichnis.....	XII
Abkürzungsverzeichnis.....	XIV
I. Allgemeines und gesetzliche Grundlagen.....	1
1. Einleitung.....	1
2. Gesetzliche Grundlagen.....	2
3. Bedarfsplan/Verfahren.....	3
II. Beschreibung des Versorgungsgebietes Oberberg.....	4
1. Größe und Ausdehnung.....	4
1.1 Geographische Lage.....	4
1.2 Topographie.....	4
1.3 Kommunen.....	5
1.4 Nachbarkreise und Kreisfreie Städte (überörtliche Hilfe).....	6
2. Einwohner/Bevölkerung.....	7
2.1 Einwohnerzahl und -dichte.....	7
2.2 Einwohnerstruktur.....	7
3. Verkehrswesen.....	8
3.1 Flugplätze.....	8
3.2 Bahnanlagen.....	9
3.3 Fernstraßen.....	9
3.4 Verkehrsachsen und Straßenführungen.....	9
3.5 Pendlerbewegungen.....	10
3.6 Einschränkungen der Straßenführung.....	12
4. Infrastruktur und Wirtschaft.....	13
4.1 Industrie.....	13
4.2 Hochschulen.....	14
4.3 Fremdenverkehr.....	14
III. Notfallmedizinische Versorgung/Infrastruktur.....	15
1. Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.....	15
1.1 Krankenhäuser im Oberbergischen Kreis.....	15
1.2 Gesetzliche Grundlagen.....	18
1.3 Versorgungskonzepte im Oberbergischen Kreis.....	19
1.3.1 Integrierte Versorgung Herzinfarkt.....	19
1.3.2 Integrierte Versorgung Schlaganfall.....	21
1.3.3 Oberbergischer Trauma Konsensus.....	22
2. Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst.....	23
3. Zusammenarbeit mit der Polizei.....	25
4. Luftrettung.....	25
IV. Durchführung des Rettungsdienstes.....	26
1. Leitstelle.....	26
1.1 Planungsgrößen.....	27

1.2	Mindestanforderungen (Bereich Leitstelle)	28
1.3	Aktueller Standard (Bereich Leitstelle)	29
1.4	Ist-Zustand (Bereich Leitstelle)	30
1.5	Zielsetzung/Planung	33
1.5.1	Technik	33
1.5.2	Organisation	33
1.5.3	Personal	34
1.6	Bedarfsberechnung	34
1.7	Beurteilung/Konsequenzen	35
1.7.1	Technik	35
1.7.2	Organisation	35
1.7.3	Personal	36
1.7.4	Interkommunale Zusammenarbeit	36
2.	Notfallrettung (ohne Notarzt)	37
2.1	Planungsgrößen	37
2.1.1	Bedarfsgerechte Versorgung	38
2.1.2	Flächendeckende Versorgung	39
2.1.3	Definition: „Eintreffzeit“	40
2.1.4	Zeitabschnitte innerhalb der Hilfsfrist	41
2.1.5	Definition: Zielerfüllungsgrad der Hilfsfrist	42
2.2	Mindestanforderungen (Notfallrettung)	43
2.2.1	Technik	43
2.2.2	Organisation	43
2.2.3	Personal	43
2.3	Aktueller Standard (Notfallrettung)	44
2.3.1	Technik	44
2.3.2	Organisation	44
2.3.3	Personal	44
2.4	Ist Zustand (Notfallrettung)	45
2.4.1	Technik	45
2.4.2	Personal	46
2.4.3	Globalstruktur und Repräsentanz des erfassten Einsatzaufkommens	47
2.4.4	Globalstruktur der eingesetzten Rettungsmittel	63
2.4.5	Hilfsfrist, Ausrückzeit, Gesamtdauer	65
2.4.6	Weg-Zeit-Analyse	69
2.4.6.1	Methodik	70
2.4.6.2	Durchführung der Weg-Zeit Analyse	72
2.4.6.3	Durchführung der Einsatzgebietsbefahrungen	72
2.4.6.4	Darstellung der Isochronen	72
2.4.6.5	Ergebnisse der Weg-Zeit Analysen:	73
2.4.6.6	Bewertung der Einsatzgebiete	84
2.5	Örtliche Zielsetzung Notfallrettung	91
2.6	Bedarfsberechnung	92
2.7	Beurteilung/Konsequenzen	116
	Anmerkung/Definition	116

2.7.1	Rettungswache 1 – Bergneustadt.....	117
2.7.2	Rettungswache 2 – Engelskirchen.....	121
2.7.3	Rettungswache 3 – Gummersbach.....	123
2.7.4	Rettungswache 4 – Hückeswagen.....	124
2.7.5	Rettungswache 5 – Lindlar	125
2.7.6	Rettungswache 6 – Marienheide	127
2.7.7	Rettungswache 7 – Lichtenberg	131
2.7.8	Rettungswache 9 – Radevormwald	133
2.7.9	Rettungswache 11 – Waldbröl.....	134
2.7.10	Rettungswache 12 – Elsenroth	135
2.7.11	Rettungswache 13 – Wipperfürth.....	139
3.	Notfallrettung (Notärztliche Versorgung)	141
3.1	Planungsgrößen	141
3.2	Mindestanforderung (notärztliche Versorgung)	141
3.2.1	Technik	141
3.2.2	Organisation	141
3.2.3	Personal	142
3.3	Aktueller Standard (notärztliche Versorgung).....	142
3.3.1	Technik	142
3.3.2	Organisation	142
3.3.3	Personal	143
3.4	Ist-Zustand (notärztliche Versorgung)	143
3.4.1	Technik	143
3.4.2	Organisation	143
3.4.3	Personal	145
3.4.4	Alarmierungshäufigkeit der Notarztstandorte	147
3.5	Örtliche Zielsetzung notärztliche Versorgung	148
3.6	Bedarfsrechnung	148
3.7	Beurteilung/Konsequenzen	159
3.7.1	Notarztstandort Engelskirchen.....	159
3.7.2	Notarztstandort Gummersbach.....	161
3.7.3	Notarztstandort Radevormwald	163
3.7.4	Notarztstandort Waldbröl.....	164
3.7.5	Notarztstandort Wipperfürth.....	166
4.	Krankentransport.....	168
4.1	Planungsgrößen	168
4.2	Mindestanforderungen (Krankentransport).....	170
4.2.1	Technik	170
4.2.2	Organisation	170
4.2.3	Personal	170
4.3	Aktueller Standard (Krankentransport)	171
4.3.1	Technik	171
4.3.2	Organisation	171
4.3.3	Personal	171
4.4	Ist-Zustand (Krankentransport).....	172

4.4.1	Technik	172
4.4.2	Organisation	172
4.4.3	Personal	172
4.5	Örtliche Zielsetzung Krankentransport	173
4.6	Bedarfsplanung/Statistik	174
4.7	Beurteilung/Konsequenzen	181
5.	Besondere Versorgungslagen	185
5.1	Planungsgrößen	186
5.1.1	Personal	186
5.1.2	Technik	187
5.2	Mindestanforderungen	188
5.2.1	Technik	188
5.2.2	Organisation	188
5.2.3	Personal	188
5.3	Aktueller Standard	189
5.3.1	Technik	189
5.3.2	Organisation	189
5.3.3	Personal	190
5.4	Ist-Zustand und Zielsetzungen	190
5.4.1	Organisations- und Planungsziele	191
5.4.2	Versorgungsziele	191
5.4.3	Transportkapazität	193
5.4.4	Qualität der Rettungsdienstfahrzeuge	193
5.4.5	Personalressourcen	194
5.5	Materialressourcen	194
5.5.1	Rettungsdienstliche Führungsorganisation	195
6.	Sonstiges	196
6.1	Sanitätswachdienst	196
6.2	Bereitstellung für die Polizei	197
6.3	Medizinische Transporte	197
6.4	Einsatznachsorge/Notfallseelsorge	198
V.	Unterhaltung des Rettungsdienstes	199
1.	Personal	200
1.1	Ausbildung	201
1.2	Fortbildung	201
2.	Technik	203
2.1	Fahrzeuge	203
2.1.1	Rettungswagen (RTW)	203
2.1.2	Notarzteinsetzfahrzeug (NEF)	203
2.1.3	Krankentransportwagen (KTW)	204
2.1.4	Abrollbehälter Rettungsdienst	204
2.1.5	Nutzungsdauer	205
2.1.6	Wartung, Reinigung und Desinfektion	205
2.1.7	Bedarfsberechnung	206
2.2	Medizinische Geräte	207

2.3	Schutzausrüstung.....	207
2.3.1	Mindestanforderungen.....	207
2.3.2	Wechsel der Schutzkleidung im Rettungsdienst und Krankentransport.....	207
2.3.3	Ist-Zustand.....	208
3.	Verwaltung	208
4.	Qualitätssicherung/Kontrolle	210
4.1	Einsatzdokumentation	211
4.2	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst.....	211
VI.	Struktur des Rettungsdienstes / Ist-Zustand	217
1.	Rettungswachen	217
2.	Rettungsmittelvorhaltung.....	220
3.	Personal	221
VII.	Private Anbieter.....	223
VIII.	Interkommunale Zusammenarbeit.....	223
IX.	Schlussfolgerungen.....	224
1.	Ausblick und Prognose.....	224
1.1	Kreisleitstelle	224
1.2	Notfallrettung (ohne Notarzt)	226
1.3	Notärztliche Versorgung	229
1.4	Qualifizierter Krankentransport.....	231
1.5	Verwaltung	232
2.	Zusammenfassende Betrachtung	233
3.	Investitionsplanungen	235

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 -	Berufspendler 1970 – 2007	10
Tabelle 2 -	Verspfl. beschäftigte Arbeitnehmer.....	13
Tabelle 3 -	1) geöffnete Betriebe mit 9 und mehr angebotenen Betten	14
Tabelle 4 -	Organisation	45
Tabelle 5 -	Rettungsdienstpersonal im Oberbergischen Kreis.....	46
Tabelle 6 -	Notfallanfahrten der Rettungswagen im Überblick 2005 bis 2008	48
Tabelle 7 -	Hilfsfristerreichungsgrad 2007 und 2008	65
Tabelle 8 -	Ausrückzeiten der RTW	66
Tabelle 9 -	Ausrückzeiten der NEF	66
Tabelle 10 -	Ø Dauer bei signifikanten Zeitabschnitten im Jahr 2008.....	67
Tabelle 11 -	Darstellung Rettungswache Bergneustadt.....	117
Tabelle 12 -	Darstellung Rettungswache Engelskirchen	121
Tabelle 13 -	Darstellung Rettungswache Gummersbach	123
Tabelle 14 -	Darstellung Rettungswache Hückeswagen	124
Tabelle 15 -	Darstellung Rettungswache Lindlar	125
Tabelle 16 -	Darstellung Rettungswache Marienheide	127
Tabelle 17 -	Darstellung Rettungswache Lichtenberg	131
Tabelle 18 -	Darstellung Rettungswache Radevormwald	133
Tabelle 19 -	Darstellung Rettungswache Waldbröl.....	134
Tabelle 20 -	Darstellung Rettungswache Elsenroth.....	135
Tabelle 21 -	Darstellung Rettungswache Wipperfürth	139
Tabelle 22 -	Dauer Krankentransport in Minuten	174
Tabelle 23 -	Mindestbedarf an Einsatzkräften	192
Tabelle 24 -	Rettungsmittelvorhaltung	220

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 -	Kommunale Grenzen des Oberbergischen Kreises	5
Abbildung 2 -	Lage des Untersuchungsgebietes in Nordrhein-Westfalen	6
Abbildung 3 -	Lage der Oberbergischen Krankenhäuser	15
Abbildung 4 -	Zeitabschnitte innerhalb der Hilfsfrist	41
Abbildung 5 -	Isochron Rettungswache Bergneustadt	73
Abbildung 6 -	Isochron Rettungswache Engelskirchen	74
Abbildung 7 -	Isochron Rettungswache Gummersbach	75
Abbildung 8 -	Isochron Rettungswache Hückeswagen	76
Abbildung 9 -	Isochron Rettungswache Lindlar	77
Abbildung 10 -	Isochron Rettungswache Marienheide	78
Abbildung 11 -	Isochron Rettungswache Lichtenberg	79
Abbildung 12 -	Isochron Rettungswache Radevormwald	80
Abbildung 13 -	Isochron Rettungswache Waldbröl	81
Abbildung 14 -	Isochron Rettungswache Waldbröl	82
Abbildung 15 -	Isochron Rettungswache Wipperfürth	83
Abbildung 16 -	Einsatzgebiete RW09, RW04, RW13	85
Abbildung 17 -	Einsatzgebiete RW04, RW13, RW06, RW05	86
Abbildung 18 -	Einsatzgebiete RW06, RW05, RW02, RW03, RW01	87
Abbildung 19 -	Einsatzgebiete RW02, RW06, RW03, RW01, RW12	88
Abbildung 20 -	Einsatzgebiete RW12, RW01, RW07	89
Abbildung 21 -	Einsatzgebiete RW12, RW11, RW07	90
Abbildung 22 -	Hilfsfristüberschreitungen in der Gemeinde Reichshof	118
Abbildung 23 -	Planerisches Isochron Sinspert	120
Abbildung 24 -	Isochron Brandschutzzentrum	129
Abbildung 25 -	Isochronen Überschneidung RW6 – BSZ Kotthausen	130
Abbildung 26 -	Isochronen Überschneidung RW6 – BSZ Kotthausen	130
Abbildung 27 -	Isochronendarstellung Nümbrecht und Bielstein	137
Abbildung 28 -	Isochronendarstellung Nümbrecht und Bielstein	138
Abbildung 29 -	Zielbereich NA Engelskirchen 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	149
Abbildung 30 -	Zielbereich NA Engelskirchen 2007 – Wiederkehrzeit	149
Abbildung 31 -	Zielbereich NA Engelskirchen 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	150
Abbildung 32 -	Zielbereich NA Engelskirchen 2008 – Wiederkehrzeit	150
Abbildung 33 -	Zielbereich NA Gummersbach 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	151
Abbildung 34 -	Zielbereich NA Gummersbach 2007 – Wiederkehrzeit	151
Abbildung 35 -	Zielbereich NA Gummersbach 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	152
Abbildung 36 -	Zielbereich NA Gummersbach 2008 – Wiederkehrzeit	152
Abbildung 37 -	Zielbereich NA Radevormwald 2007 – Eintrittswahrscheinlichkeit	153
Abbildung 38 -	Zielbereich NA Radevormwald 2007 – Wiederkehrzeit	153
Abbildung 39 -	Zielbereich NA Radevormwald 2008 – Eintrittswahrscheinlichkeit	154
Abbildung 40 -	Zielbereich NA Radevormwald 2008 – Wiederkehrzeit	154
Abbildung 41 -	Zielbereich NA Waldbröl 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	155
Abbildung 42 -	Zielbereich NA Waldbröl 2007 – Wiederkehrzeit	155
Abbildung 43 -	Zielbereich NA Waldbröl 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	156

Abbildung 44 -	Zielbereich NA Waldbröl 2008 – Wiederkehrzeit	156
Abbildung 45 -	Zielbereich NA Wipperfürth 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	157
Abbildung 46 -	Zielbereich NA Wipperfürth 2007 – Wiederkehrzeit	157
Abbildung 47 -	Zielbereich NA Wipperfürth 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	158
Abbildung 48 -	Zielbereich NA Wipperfürth 2008 – Wiederkehrzeit	158
Abbildung 49 -	Rettungswachenstandort im Oberbergischen Kreis	219

Diagrammverzeichnis

Diagramm 1 -	Deutsche Bevölkerung im Oberbergischen Kreis nach Alter.....	7
Diagramm 2 -	Bevölkerungsprognose für den Oberbergischen Kreis.....	8
Diagramm 3 -	Notfallanfahrten der Rettungstransportwagen im Überblick 2005 bis 2008	47
Diagramm 4 -	Anzahl der Notfalleinsätze im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008	49
Diagramm 5 -	Anzahl der Rettungswageneinsätze im Verlauf von 2005 bis 2008	50
Diagramm 6 -	Notfallfahrten des RTW Bergneustadt im Verlauf 2005-2008	51
Diagramm 7 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Bergneustadt im Jahr 2008.....	51
Diagramm 8 -	Notfallfahrten des RTW Engelskirchen im Verlauf 2005 – 2008	52
Diagramm 9 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Engelskirchen im Jahr 2008.....	52
Diagramm 10 -	Notfallfahrten des RTW Gummersbach (3-83-1) im Verlauf 2005 – 2008	53
Diagramm 11 -	Notfallfahrten des RTW Gummersbach (3-83-2) im Verlauf 2005 – 2008	54
Diagramm 12 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Gummersbach im Jahr 2008.....	54
Diagramm 13 -	Notfallfahrten des RTW Hückeswagen im Verlauf 2005 – 2008.....	55
Diagramm 14 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Hückeswagen im Jahr 2008.....	55
Diagramm 15 -	Notfallfahrten des RTW Lindlar im Verlauf 2005 – 2008	56
Diagramm 16 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Lindlar im Jahr 2008.....	56
Diagramm 17 -	Notfallfahrten des RTW Marienheide im Verlauf 2005 – 2008	57
Diagramm 18 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Marienheide im Jahr 2008.....	57
Diagramm 19 -	Notfallfahrten des RTW Lichtenberg im Verlauf 2005 – 2008	58
Diagramm 20 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Lichtenberg im Jahr 2008.....	58
Diagramm 21 -	Notfallfahrten des RTW Radevormwald im Verlauf 2005 – 2008	59
Diagramm 22 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Radevormwald im Jahr 2008	59
Diagramm 23 -	Notfallfahrten des RTW Waldbröl im Verlauf 2005 – 2008	60
Diagramm 24 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Waldbröl im Jahr 2008	60
Diagramm 25 -	Notfallfahrten des RTW Elsenroth im Verlauf 2005 – 2008	61
Diagramm 26 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Elsenroth im Jahr 2008	61
Diagramm 27 -	Notfallfahrten des RTW Wipperfürth im Verlauf 2005 – 2008.....	62
Diagramm 28 -	Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Wipperfürth im Jahr 2008.....	62
Diagramm 29 -	Gesamtverteilung der Einsätze im Oberbergischen Kreis.....	63
Diagramm 30 -	Zielbereich Bergneustadt 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	94
Diagramm 31 -	Zielbereich Bergneustadt 2007 - Wiederkehrzeit	94
Diagramm 32 -	Zielbereich Bergneustadt 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	95
Diagramm 33 -	Zielbereich Bergneustadt 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	95
Diagramm 34 -	Zielbereich Engelskirchen 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	96
Diagramm 35 -	Zielbereich Engelskirchen 2007 - Wiederkehrzeit	96
Diagramm 36 -	Zielbereich Engelskirchen 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	97
Diagramm 37 -	Zielbereich Engelskirchen 2008 - Wiederkehrzeit	97
Diagramm 38 -	Zielbereich Gummersbach 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	98
Diagramm 39 -	Zielbereich Gummersbach 2007 - Wiederkehrzeit	98
Diagramm 40 -	Zielbereich Gummersbach 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	99
Diagramm 41 -	Zielbereich Gummersbach 2008 - Wiederkehrzeit	99
Diagramm 42 -	Zielbereich Hückeswagen 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	100

Diagramm 43 -	Zielbereich Hückeswagen 2007 - Wiederkehrzeit	100
Diagramm 44 -	Zielbereich Hückeswagen 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	101
Diagramm 45 -	Zielbereich Hückeswagen 2008 - Wiederkehrzeit	101
Diagramm 46 -	Zielbereich Lindlar 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	102
Diagramm 47 -	Zielbereich Lindlar 2007 - Wiederkehrzeit	102
Diagramm 48 -	Zielbereich Lindlar 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	103
Diagramm 49 -	Zielbereich Lindlar 2008 - Wiederkehrzeit	103
Diagramm 50 -	Zielbereich Marienheide 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	104
Diagramm 51 -	Zielbereich Marienheide 2007 - Wiederkehrzeit	104
Diagramm 52 -	Zielbereich Marienheide 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	105
Diagramm 53 -	Zielbereich Marienheide 2008 - Wiederkehrzeit	105
Diagramm 54 -	Zielbereich Lichtenberg 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	106
Diagramm 55 -	Zielbereich Lichtenberg 2007 - Wiederkehrzeit	106
Diagramm 56 -	Zielbereich Lichtenberg 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	107
Diagramm 57 -	Zielbereich Lichtenberg 2008 - Wiederkehrzeit	107
Diagramm 58 -	Zielbereich Radevormwald 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	108
Diagramm 59 -	Zielbereich Radevormwald 2007 - Wiederkehrzeit	108
Diagramm 60 -	Zielbereich Radevormwald 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	109
Diagramm 61 -	Zielbereich Radevormwald 2007 - Wiederkehrzeit	109
Diagramm 62 -	Zielbereich Waldbröl 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	110
Diagramm 63 -	Zielbereich Waldbröl 2007 - Wiederkehrzeit	110
Diagramm 64 -	Zielbereich Waldbröl 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	111
Diagramm 65 -	Zielbereich Waldbröl 2008 - Wiederkehrzeit	111
Diagramm 66 -	Zielbereich Elsenroth 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	112
Diagramm 67 -	Zielbereich Elsenroth 2007 - Wiederkehrzeit	112
Diagramm 68 -	Zielbereich Elsenroth 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	113
Diagramm 69 -	Zielbereich Elsenroth 2008 - Wiederkehrzeit	113
Diagramm 70 -	Zielbereich Wipperfürth 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit	114
Diagramm 71 -	Zielbereich Wipperfürth 2007 - Wiederkehrzeit	114
Diagramm 72 -	Zielbereich Wipperfürth 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit	115
Diagramm 73 -	Zielbereich Wipperfürth 2008 - Wiederkehrzeit	115
Diagramm 74 -	Alarmierungshäufigkeit Notarztstandorte	147
Diagramm 75 -	Darstellung der Krankentransporte im zeitlichen Verlauf 2005 – 2009	175
Diagramm 76 -	Vergleich Soll – Ist Vorhaltung KTW 2007 - wochentags	176
Diagramm 77 -	Vergleich Soll – Ist Vorhaltung KTW 2007 - samstags	176
Diagramm 78 -	Vergleich Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2007 – sonntags	177
Diagramm 79 -	Vergleich Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2008 - wochentags	177
Diagramm 80 -	Vergleich Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2008 - samstags	178
Diagramm 81 -	Vergleich Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2008 - sonntags	178
Diagramm 82 -	Vergleich Soll – Ist Vorhaltung KTW 2009 - wochentags	179
Diagramm 83 -	Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2009 – samstags	179
Diagramm 84 -	Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2009 – sonntags	180

Abkürzungsverzeichnis

AGBF NRW	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in Nordrhein-Westfalen
AZVO-FW	Arbeitszeitordnung Feuerwehr
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
ELW	Einsatzleitwagen
FW-RW	Feuer-/Rettungswache
HA-VK	Hauptamtliche Vollkräfte
KTP	Krankentransport
KTW	Krankentransportwagen
LNA	Leitender Notarzt
MANV	Massenanfall von Verletzten
MHD	Malteser Hilfsdienst
MPBetreiV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MPG	Medizinproduktegesetz
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
OrgL	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
RA	Rettungsassistent
RA.i.Pr.	Rettungsassistent im Praktikum
RDB	Rettungsdienstbereich
RettAssG	Rettungsassistentengesetz
RettG NRW	Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmen vom 24. Nov. 1992 i.d.F. vom 15. Juni 1999
RH	Rettungshelfer
RS	Rettungssanitäter
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
VK	Vollzeitkräfte
ZDL	Zivildienstleistende

I. Allgemeines und gesetzliche Grundlagen

1. Einleitung

Der Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises wird als kommunale Aufgabe in der Trägerschaft des Kreises wahrgenommen. Der Rettungsdienst ist eine Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung in der Gesetzeshoheit des Landes.

Das in den 1960er Jahren durch Prof. Herzog konzipierte sog. *„Gummersbacher Modell“* einer präklinischen Versorgung verletzter und kranker Personen war und ist wegweisend für den Rettungsdienst in Deutschland und wird heute in aktualisierter und angepasster Form im Oberbergischen Kreis praktiziert.

Durch diese Organisationsart wird im Oberbergischen Kreis die Sicherstellung von Notfallrettung und Krankentransport als eine öffentliche Aufgabe der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge und Gefahrenabwehr wahrgenommen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Gemäß § 6 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmen (Rettungsgesetz NRW – RettG NRW) vom 24.11.1992 (GV NRW Seite 458), in der Fassung vom 15.06.1999 (GV.NRW. S. 386), zuletzt geändert durch Gesetz vom 06.07.2004 (GV.NRW. S. 370) sind die Kreise und kreisfreien Städte als Träger des Rettungsdienstes verpflichtet, die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung einschließlich der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst und des Krankentransports sicherzustellen.

Der Träger des Rettungsdienstes errichtet und unterhält gem. § 7 Abs. 1 RettG NRW eine Leitstelle, die mit der Leitstelle für Feuerschutz zusammenzufassen ist.

Entsprechend der Vorgabe des RettG NRW ist der Oberbergische Kreis Träger des Rettungsdienstes für das Gebiet des Oberbergischen Kreises.

Nach §12 Abs. 1 RettG NRW ist er verpflichtet, den rettungsdienstlichen Bedarf in ihrem Zuständigkeitsbereich festzustellen. Dies geschieht durch den vorliegenden Bedarfsplan. Hier wird die bedarfsgerechte Vorhaltung von Einsatzmitteln für den Rettungsdienst vor dem Hintergrund fest zu vereinbarender Qualitätsmerkmale ermittelt.

Nach Ablauf einer Zeitspanne von vier Jahren soll der Rettungsdienstbedarfsplan überprüft und ggf. aktualisiert werden. Darüber hinaus wird dann ein Bedarfsplan neu erstellt, wenn sich erhebliche Abweichungen in der notwendigen Grundbedarfsvorhaltung ergeben.

- Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmen (Rettungsgesetz NRW – RettG NRW) vom 24 November 1992 (GV.NRW. S. 458/SGV GV.NRW.215) i.d.F. vom 05. April 2005 (GV. NRW. S. 306)
- Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007 (GV.NRW. S. 702)
- Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz – RettAssG) vom 10. Juli 1989 (BGBl. I. S. 1384), zuletzt geändert durch Gesetz vom 02. Dezember 2007 (BGBl. I. S. 2686)
- Leitstelle des Rettungsdienstes und deren Aufgabe - RdErl. des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW vom 22. April 1998 - V C 6-0713.4.1
- Diverse Erlasse und Verfügungen

3. Bedarfsplan/Verfahren

Der derzeit gültige Bedarfsplan Rettungsdienst vom 09.12.2004 wurde in den letzten zwei Jahren grundlegend überarbeitet. Erstmals konnte der Bedarf nach anerkannten wissenschaftlichen Maßstäben untersucht und graphisch aufbereitet dargestellt werden. Die Gliederung des vorliegenden Plans orientiert sich am Leitfaden für die Erstellung eines Rettungsdienstbedarfsplanes, der von Fachleuten der Arbeitsgemeinschaft der Berufsfeuerwehren NRW (AGBF) aufgestellt wurde.

Der Entwurf des vorliegenden Bedarfsplans wird nach §12 Abs. 3 RettG NRW folgenden Organisationen und Einrichtungen zur Stellungnahme zugeleitet:

- allen Betreibern von Rettungswachen auf Kreisebene
- den Hilfsorganisationen auf Kreisebene
- den Verbänden der Krankenkassen
- dem Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft
- der örtlichen Gesundheitskonferenz
- den kreisangehörigen Städte und Gemeinden

Die eingereichten Stellungnahmen werden ausgewertet. Im weiteren Verfahren ist mit der Stadt Radevormwald, die Träger einer eigenen Rettungswache ist, Einvernehmen zu erzielen. Ebenso wird mit den Kostenträgern hinsichtlich der kostenbildenden Qualitätsmerkmale des Bedarfsplans Einvernehmen angestrebt.

Der anhand der Stellungnahmen überarbeitete Entwurf des Bedarfsplanes wird dann in der Endfassung den politischen Gremien des Oberbergischen Kreises zur Beschlussfassung vorgelegt.

II. Beschreibung des Versorgungsgebietes Oberberg

1. Größe und Ausdehnung

1.1 Geographische Lage

Der Oberbergische Kreis hat eine Gesamtfläche von rund 918 km².

Er ist das östliche Teilgebiet des Naturparks Bergisches Land, ist wald- und wasserreich und ein Erholungsgebiet für Bürger aus Köln, dem Ruhrgebiet und den Niederlanden. Die maximale Ausdehnung beträgt in Nord-Süd-Richtung 48 km, in Ost-West-Richtung 38 km. Der Oberbergische Kreis ist dem Regierungsbezirk Köln zugehörig.

Nördlichster Punkt: 07°20'03,0" östlicher Länge und 51°15'06,5" nördlicher Breite

Südlichster Punkt 97°40'13,2" östlicher Länge und 50°49'11,4" nördlicher Breite

Westlichster Punkt 07°15'10,4" östlicher Länge und 50°59'16,5" nördlicher Breite

Östlichster Punkt 07°47'33,4" östlicher Länge und 50°57'15,6" nördlicher Breite

1.2 Topographie

Höchste Erhebung: Homert, 518,20 m über Normalnull (NN)

Tiefster Punkt: Aggerniederung Engelskirchen Ehreshoven, 99,2 m über Normalnull (NN)

Der dem nördlichen rechtsrheinischen Schiefergebirge zugehörige Oberbergische Kreis ist ein Übergangsgebiet zwischen der Talebene des Rheins und dem sauerländischen Bergland. Das Gummersbacher Bergland in der Kreismitte bildet den höchsten Teil des Bergischen Landes. Dort sind zugleich die Quellgebiete der Agger und der Wupper. Schwerpunkte verdichteter Siedlung liegen in den industriedurchsetzten Tälern.

Der Oberbergische Kreis weist zwar nicht die größten, jedoch mit zehn an der Zahl die meisten Talsperren in Nordrhein-Westfalen auf. Hinzu kommen eine Vielzahl von Stauseen und Stauweiler.

Mit insgesamt rd. 1.202 ha Speicheroberfläche liegt der Kreis an erster Stelle in NRW.

Wichtigste Flüsse sind die Agger mit 70 km, die Wiehl mit 34 km und die Wupper mit 115 km Gesamtlänge.

1.3 Kommunen

Dem Oberbergischen Kreis gehören 13 Städte und Gemeinden an: Davon ist nur eine Kommune, die Stadt Radevormwald, Trägerin einer eigenen Rettungswache.

Stadt Bergneustadt

Gemeinde Engelskirchen

Stadt Gummersbach

Stadt Hückeswagen

Gemeinde Lindlar

Gemeinde Marienheide

Gemeinde Morsbach

Gemeinde Nümbrecht

Stadt Radevormwald

Gemeinde Reichshof

Stadt Waldbröl

Stadt Wiehl

Stadt Wipperfürth



Abbildung 1 - Kommunale Grenzen des Oberbergischen Kreises

1.4 Nachbarkreise und Kreisfreie Städte (überörtliche Hilfe)

An den Oberbergischen Kreis grenzen folgende Rettungsdienstbereiche an:

Im Norden: Ennepe-Ruhr-Kreis, Stadt Wuppertal und Stadt Remscheid

Im Westen: Rheinisch-Bergischer Kreis, Rhein-Sieg-Kreis

Im Osten: Kreis Olpe, Märkischer Kreis

Im Süden: Kreis Altenkirchen (Rheinland-Pfalz)

Alle Rettungsdienstträger in der Nachbarschaft arbeiten in Amtshilfe und auf verschiedene Arten mit dem Oberbergischen Kreis zusammen.



Abbildung 2 - Lage des Untersuchungsgebietes in Nordrhein-Westfalen

2. Einwohner/Bevölkerung

2.1 Einwohnerzahl und -dichte

Im Oberbergischen Kreis lebten 284.890 Menschen zum Stichtag 31.12.2008.

Bei einer Fläche von 918 km² ergibt dies einen Durchschnitt von 310 Einwohnern pro km².

(Zum Vergleich: Berlin ist mit 891 km² flächenmäßig etwas kleiner als der Oberbergische Kreis, dort leben jedoch rund 3,4 Mio. Menschen.)

2.2 Einwohnerstruktur

Die Einwohnerstruktur des Oberbergischen Kreises nach Altersgruppen stellt sich wie folgt dar:

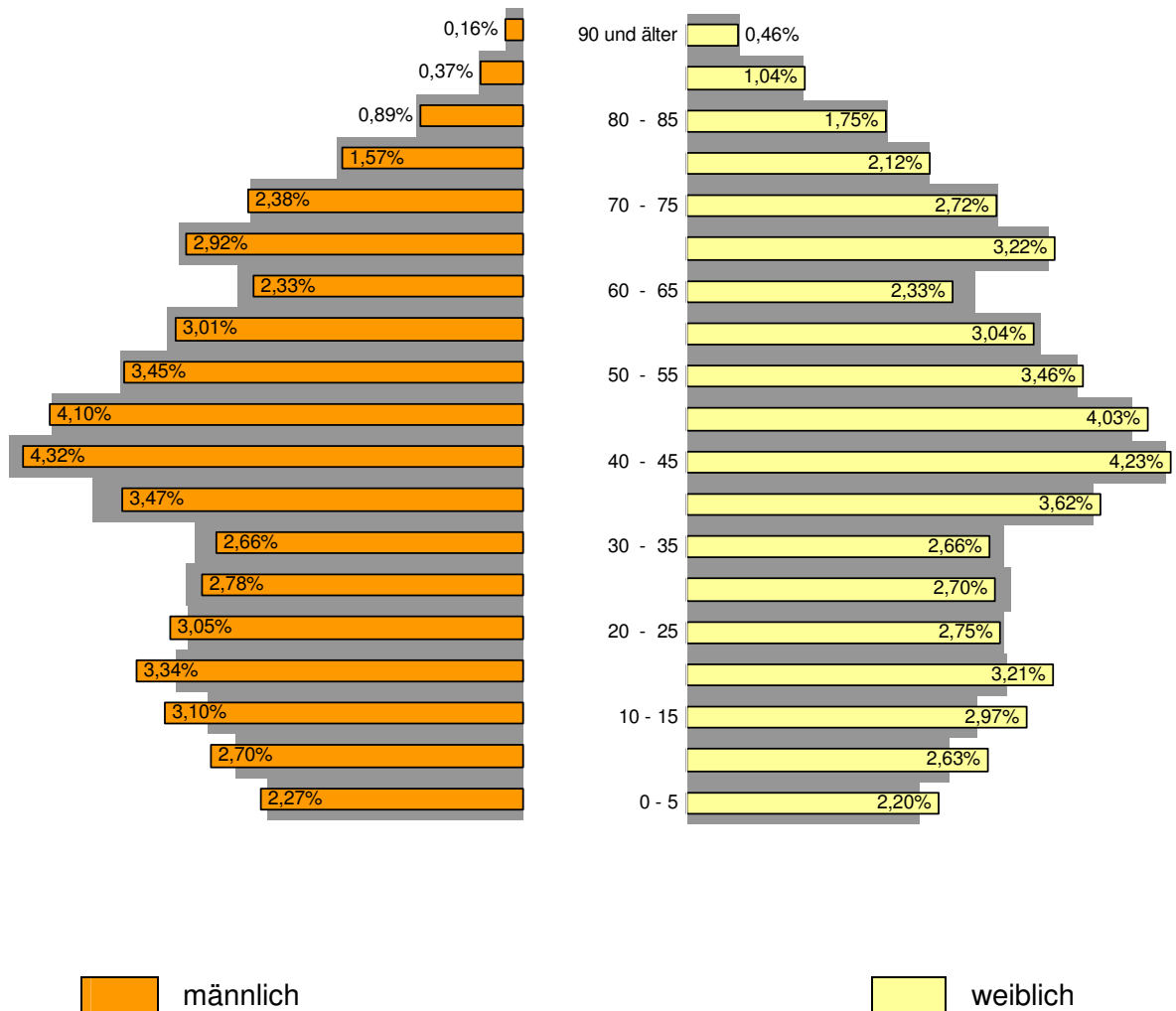


Diagramm 1 - Bevölkerung im Oberbergischen Kreis nach Alter

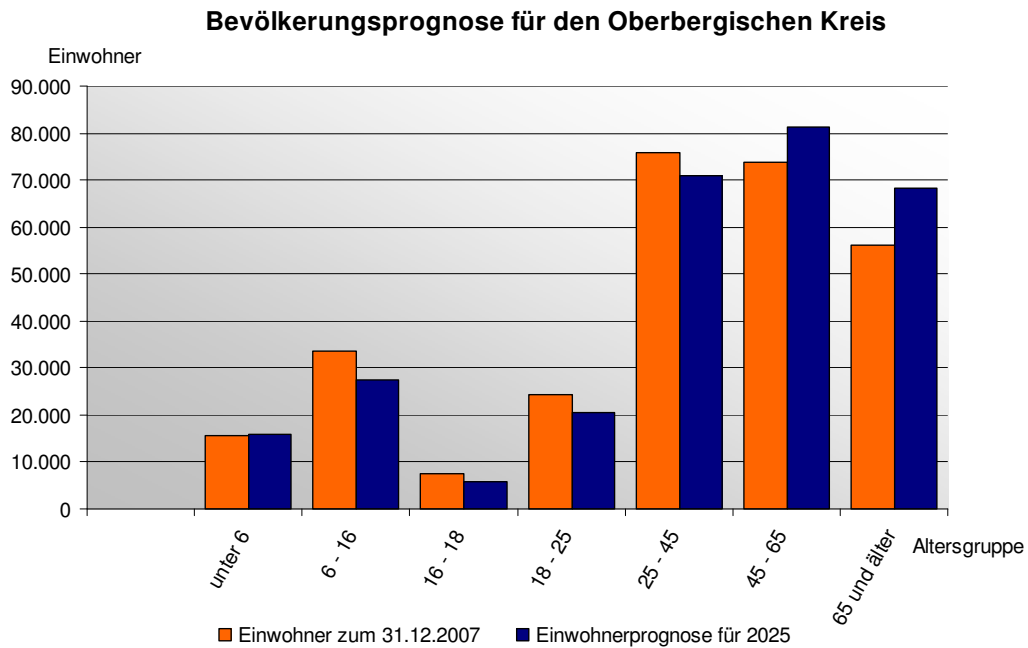


Diagramm 2 - Bevölkerungsprognose für den Oberbergischen Kreis

Im Oberbergischen Kreis betrug das Durchschnittsalter im Jahre 2005 41,1 Jahre, im Land NRW 42,0. Die Bandbreite lag zwischen 42,4 Jahre in Radevormwald und 39,7 Jahre in Waldbröl.

Die Prognose der Bertelsmann Stiftung für das Jahr 2020 lautet 45,1 Jahre für den Oberbergischen Kreis und 45,6 Jahre für das Land NRW.

3. Verkehrswesen

3.1 Flugplätze

Es befinden sich keine größeren Flughäfen im Oberbergischen Kreis. Jedoch durchläuft die Einflugschneise des Köln-Bonner Flughafens Teile des Kreisgebietes.

Weiterhin sind kleine Sportflugplätze in der Stadt Bergneustadt, Gemeinde Lindlar, Gemeinde Marienheide, Stadt Radevormwald und der Stadt Wipperfürth vorhanden.

3.2 Bahnanlagen

Die Oberbergische Regionalbahn RB 25 Marienheide – Köln durchläuft das Kreisgebiet über 33 km.

Die Bahnstrecke ist die einzige Personenverkehrsanbindung im Oberbergischen Kreis. Ein Ausbau der Strecke von Marienheide über Meinerzhagen und Brügge nach Lüdenscheid und Hagen ist geplant. Der Streckenabschnitt bis Meinerzhagen wird voraussichtlich 2013 in Betrieb genommen.

3.3 Fernstraßen

Den Oberbergischen Kreis durchlaufen zwei Bundesautobahnen.

In Ost-West-Richtung ein Teilstück der BAB 4 Olpe-Köln und in Nord-Süd-Richtung ein Teilstück der BAB 45 Dortmund-Frankfurt.

Die Autobahnteilstücke im Oberbergischen Kreis belaufen sich auf insgesamt 35,3 km, wobei das weitaus größte Teilstück die BAB 4 betrifft.

3.4 Verkehrsachsen und Straßenführungen

Durch den Oberbergischen Kreis verliefen zum Stichtag 01.01.2006 zusätzlich zu den Autobahnstrecken insgesamt 149,3 km Bundesstraßen, 456,3 km Landstraßen und 211,8 km Kreisstraßen einschließlich Ortsdurchfahrten.

Wichtigste Nord-Süd-Verbindungen sind die B 256 und B 237, die wichtigste Ost-West-Verbindung ist die B 55.

3.5 Pendlerbewegungen

Berufspendler 1970 – 2007

Gebiet	Einpendler ¹⁾			Auspendler ¹⁾		
	27.05.1970	25.05.1987	30.06.2007	27.05.1970	25.05.1987	30.06.2007
Bergneustadt	1.888	2.368	3.126	1.284	2.777	3.964
Engelskirchen	1.250	2.238	3.438	1.714	3.673	4.613
Gummersbach	5.520	9.792	15.538	3.042	6.166	8.757
Hückeswagen	923	1.504	2.514	1.838	3.336	3.856
Lindlar	393	1.592	2.837	1.868	3.791	4.941
Marienheide	1.357	2.056	1.995	1.078	2.117	3.321
Morsbach	523	997	2.797	807	1.673	2.072
Nümbrecht	319	1.040	1.919	1.579	2.667	4.076
Radevormwald	648	1.860	3.665	2.351	3.584	4.356
Reichshof	635	1.218	3.074	2.042	3.513	4.810
Waldbröl	1.870	2.841	2.438	1.232	2.140	4.439
Wiehl	1.702	3.903	6.663	1.800	4.186	5.660
Wipperfürth	1.258	2.091	3.248	1.659	2.852	3.950
Oberbergischer Kreis	18.286	33.500	53.252	22.294	42.475	58.815

1) 2007 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer

Tabelle 1 - Berufspendler 1970 – 2007

Seit 1970 hat im Oberbergischen Kreis - wie in Nordrhein-Westfalen - die Zahl der Berufspendler deutlich zugenommen. Bei dem Vergleich der in den Volkszählungen 1970 und 1987 erhobenen Pendlerdaten mit den Ein- und Auspendlerzahlen für 2007 ist zu berücksichtigen, dass nach den Ergebnissen der Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder sozialversicherungspflichtig Beschäftigte derzeit einen Anteil von rd. 70 % an allen Erwerbstätigen stellen. Die Zahl der Berufsein- und -auspendler 2007 dürfte somit deutlich über den aus der Beschäftigtenstatistik bekannten Werten liegen.

Neben der Zunahme der Pendlerströme ist bedeutsam, dass immer mehr Menschen einen immer weiteren Weg zum Arbeitsplatz zurücklegen. Auch haben sich die Anteile von motorisiertem Individualverkehr, von öffentlichem Verkehr und von Langsamverkehr im Arbeitspendelverkehr verändert.

Länger werdende Distanzen zwischen Wohn- und Arbeitsort haben bei letzterem einen Abwärtstrend bewirkt. Darüber hinaus kommt auch auf für den Langsamverkehr geeigneten Kurzstrecken unter zehn Kilometern das Auto stärker zum Einsatz. Im Oberbergischen Kreis ist das Auto das wichtigste Verkehrsmittel für die tägliche Fahrt zum Arbeitsplatz.

Daneben leisten Bus und Bahn einen bedeutenden Beitrag zur Bewältigung des Pendelverkehrs. Die Verkehrsmittelwahl ist stark von der räumlichen Lage von Wohn- und Arbeitsort abhängig. Öffentlicher Verkehr setzt sich durch, wenn er vergleichsweise schnell ist, da der Zeitbedarf für den Arbeitsweg zu Lasten der Freizeit geht.

Die Entwicklung des über die Kreisgrenzen gegebenen Berufspendlersaldos verdeutlicht, dass sich der Oberbergische Kreis (gleich Arbeitsmarktregion Gummersbach) im Zeitablauf als eigenständiger Wirtschaftsraum behaupten konnte. Während der im regionalen Vergleich recht moderate Auspendlerüberschuss von 1970 nach 1987 leicht angestiegen ist, kann für 2007 im Vergleich zu 1987 ein deutlicher Rückgang des Auspendlerüberschusses festgestellt werden. Insbesondere für die Kreisstadt Gummersbach, dem Kern der gleichnamigen Arbeitsmarktregion, liegt bei stark gewachsenen Ein- und moderat gewachsenen Auspendlerzahlen ein beachtlicher Zentralitätsgewinn vor.

In den dem Oberzentrum Wuppertal benachbarten Städten Hückeswagen und Radevormwald hat der Ausbau vorhandener Gewerbegebiete zu einer bedeutenden Verringerung des negativen Pendlersaldos beigetragen.

3.6 Einschränkungen der Straßenführung

Für den Rettungsdienst erschwerend sind in Oberberg einige sehr enge und kurvenreiche Straßenführungen, so z.B. in Morsbach, sowie einige größere Steigungen von über 10%. Ebenfalls führen größere Baustellen auf der B 55 oftmals zu langen Staus und Behinderungen, z.B. 2008 die Baustelle in Engelskirchen-Loope, die trotz Ampelvorrangschaltung auch zu Behinderungen des Rettungsdienstes führte.

Die relativ großen Höhenunterschiede im Oberbergischen Kreis führen jahreszeitabhängig zu stark unterschiedlichen Witterungsbedingungen. Während in den Höhenlagen bereits Schnee und Glatteis vorzufinden ist, sind die Tallagen aufgrund der milderen Temperaturen oftmals noch schnee- und eisfrei.

Bedingt durch die Oberbergische Regionalbahn gibt es einige beschränkte Bahnübergänge. Nennenswerte Einschränkungen des Rettungsdienstes sind bisher nicht bekannt.

Zahlreiche Talsperren im Kreisgebiet zwingen Rettungsfahrzeuge zu Umwegen. Folgende Talsperren befinden sich im Kreisgebiet:

Wiehltalsperre	31,5 hm ³
Wuppertalsperre	25,9 hm ³
Beventalsperre	23,7 hm ³
Aggertalsperre	19,3 hm ³
Kerspetalsperre	15,5 hm ³
Genkeltalsperre	8,2 hm ³
Neyetalsperre	6,0 hm ³
Bruchertalsperre	3,3 hm ³
Lingesetalsperre	2,6 hm ³
Schevelinger Talsperre	0,3 hm ³

Die o.a. Faktoren beeinflussen die Einsatzgeschwindigkeit bzw. den Zielerreichungsgrad der Rettungsfahrzeuge. Sie müssen bei der Bedarfsberechnung berücksichtigt werden.

4. Infrastruktur und Wirtschaft

Die Infrastruktur des Oberbergischen Kreises auf dem Gebiet der Wirtschaft, der Bildungseinrichtungen und des Tourismus begründet aus Sicht des Rettungsdienstes derzeit keine planerischen Besonderheiten.

Versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer (VbA) am 31.12.2007

Name	Insgesamt	darunter				VbA/ 1.000 EW
		Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	Produzierendes Gewerbe	Handel, Gast- gewerbe u. Verkehr	Sonstige Dienst- leistungen	
Bergneustadt	5.478	18	3.511	715	1.230	271
Engelskirchen	5.559	46	2.459	1.368	1.686	272
Gummersbach	23.842	71	5.702	3.961	14.099	454
Hückeswagen	4.024	45	2.355	762	859	249
Lindlar	5.217	55	2.546	1.066	1.546	232
Marienheide	3.335	37	1.677	427	1.193	244
Morsbach	4.229	15	3.087	407	720	372
Nümbrecht	3.314	22	1.622	660	1.010	191
Radevormwald	7.470	92	4.346	1.181	1.850	319
Reichshof	4.871	68	2.541	674	1.587	244
Waldbröl	4.230	39	1.038	1.239	1.907	216
Wiehl	10.020	34	5.536	1.631	2.818	384
Wipperfürth	6.895	64	3.687	1.126	1.994	293
Oberbergischer Kreis	88.484	606	40.107	15.217	32.499	309
Nordrhein-Westfalen ¹⁾	5.781	44	1.805	1.391	2.536	321
Deutschland ¹⁾	27.224	360	7.294	4.185	13.114	331

1) in Tsd.

Tabelle 2 - Verspfl. beschäftigte Arbeitnehmer

4.1 Industrie

Die Industrie ist mittelständisch. Maschinen- und Fahrzeugbau, Edeltahlerzeugung, Stahl- und Leichtmetallbau, Eisen-, Blech- und Metallverarbeitung, Elektrotechnische Industrie und Kunststoffverarbeitung sind die wichtigsten Branchen.

Im Jahre 2002 wies Oberberg 371 industrielle Kleinbetriebe mit 2.504 Beschäftigten auf.

4.2 Hochschulen

Im Oberbergischen Kreis ist eine Abteilung der Fachhochschule Köln angesiedelt. In den Studienbereichen Wirtschaftswissenschaften, Informatik, Ingenieurwissenschaften und Technik, Maschinenbau und Elektrotechnik studierten im Wintersemester 2005/2006 insgesamt 2.577 Studierende. Ebenfalls in den Standort eingebunden ist ein Studienzentrum der Fernuniversität Hagen.

4.3 Fremdenverkehr

Reiseverkehr im Oberbergischen Kreis

Jahr	Betriebe ¹⁾	Betten ²⁾	Ankünfte	Übernachtungen	mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen	mittlere Bettenauslastung in v. H.
1998	136	6.668	260.854	898.654	3,4	37,7
1999	132	6.361	255.882	906.071	3,5	38,5
2000	131	6.103	244.875	915.851	3,7	39,8
2001	136	6.409	256.218	915.990	3,6	39,8
2002	135	6.434	267.467	922.444	3,4	39,2
2003	129	6.407	252.114	882.635	3,5	38,5
2004	136	6.622	314.452	972.201	3,5	35,1
2005	130	6.122	264.495	890.368	3,4	32,7
2006	125	6.076	261.688	859.322	3,3	29,7
2007	123	6.178	266.295	886.963	3,3	39,2

Tabelle 3 - 1) geöffnete Betriebe mit 9 und mehr angebotenen Betten

Der Oberbergische Kreis weist ebenfalls eine Vielzahl an Campingplätzen auf. Erfahrungsbedingt ist dort das Auffinden des Einsatzortes aufgrund oftmals unzureichender Beschilderungen schwierig.

III. Notfallmedizinische Versorgung/Infrastruktur

Im Folgenden werden die Einrichtungen dargestellt, die in Oberberg außerhalb des bodengebundenen Rettungsdienstes zur Versorgung medizinischer und anderer Notfälle beitragen.

1. Zusammenarbeit mit Krankenhäusern

1.1 Krankenhäuser im Oberbergischen Kreis

Im Oberbergischen Kreis stehen nachstehend aufgeführte Krankenhäuser zur Patientenversorgung zur Verfügung:

5 Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung

1 Krankenhaus der Schwerpunktversorgung

Insgesamt ca. 1680 Betten

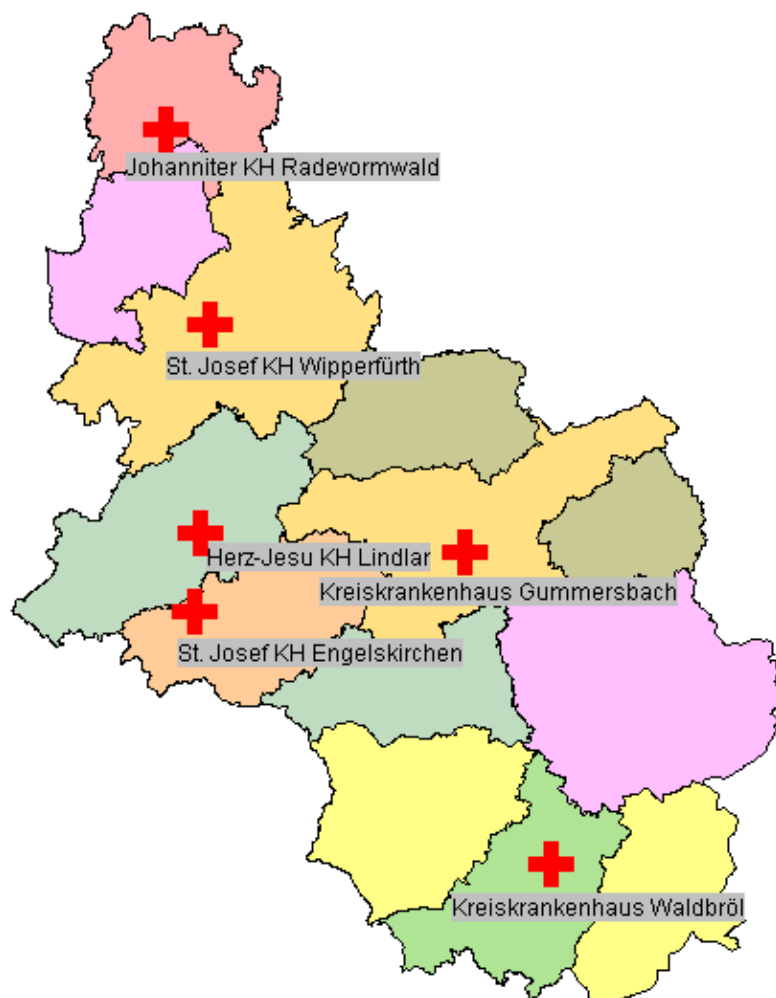


Abbildung 3 - Lage der Oberbergischen Krankenhäuser

Betrachtung aus der Kreismitte Standort GummersbachIm Norden

Johanniter Krankenhaus Radevormwald
Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
Siepenstrasse 33
42477 Radevormwald

Im Nordwesten

St. Josef Krankenhaus Wipperfürth
Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
Alte-Kölner-Str. 9
51688 Wipperfürth

Kreismitte

Kreiskrankenhaus Gummersbach
Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
Wilhelm-Breckow-Allee 20
51645 Gummersbach

Zweigstelle

Zentrum für seelische Gesundheit Marienheide
Leppestrasse 65
51709 Marienheide

Im Westen

Katholische Kliniken Oberberg

Betriebsstätte Engelskirchen

St. Josef Krankenhaus Engelskirchen

Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

Wohlandstrasse 30

51766 Engelskirchen

Katholische Kliniken Oberberg

Betriebsstätte Lindlar

Herz Jesu Krankenhaus Lindlar

Hauptstrasse 55

51789 Lindlar

Im Süden

Kreiskrankenhaus Waldbröl

Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

Dr.-Goldbogen-Strasse 1-3

51545 Waldbröl

1.2 Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage der gemeinsamen Arbeit zum Wohle der Notfallpatienten findet sich für die Krankenhäuser im Krankenhausgestaltungsgesetz, für den Rettungsdienst im Rettungsgesetz des Landes.

Nach § 8 Abs. 1 Krankenhausgestaltungsgesetz sind die Krankenhäuser „entsprechend ihrer Aufgabenstellung ... zur Zusammenarbeit untereinander und mit ... dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden ... verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen.“

Nach § 11 Abs. 1 Rettungsgesetz legen „der Träger des Rettungsdienstes und die Krankenhäuser im Einvernehmen Notfallaufnahmebereiche fest“. Geeignete Krankenhäuser sollen Fortbildungen für das Rettungsdienstpersonal durchführen sowie Ärzte und Ärztinnen für die Notfallrettung zur Verfügung stellen.

Aufgrund der lokalen Besonderheiten eines Flächenlandkreises gibt es im Oberbergischen Kreis zum einen definierte Notfallaufnahmebereiche und zum anderen einen stetig wachsenden Anteil an Patienten, die eine dynamische Zuordnung des Notfallaufnahmebereiches erfahren.

Zum einen werden die Aufnahmebereiche der Krankenhäuser durch die Standorte der Häuser in der Fläche determiniert und zudem durch die traditionell im Oberbergischen Kreis an den Krankenhäusern stationierten Rettungswachen und Notarztstandorte. Zum anderen wird im Oberbergischen Kreis registriert, dass analog zu bundesweiten Tendenzen, die Folgen der sich ändernden Zuweisungsstrategien bei Patienten mit definierten Erkrankungen und bei Patienten mit höhergradigen Verletzungen eintreten.

Dies ist insbesondere bei Patienten mit

- Herzinfarkt
- Schlaganfall und bei
- Traumapatienten zu beobachten.

Da im Oberbergischen Kreis zu den Erkrankungen Herzinfarkt und Schlaganfall und zum Trauma ausgewählte Konzepte zur gesamten Behandlung von betroffenen Patienten erarbeitet wurden, werden diese nachfolgend beschrieben und dargestellt.

1.3 Versorgungskonzepte im Oberbergischen Kreis

1.3.1 Integrierte Versorgung Herzinfarkt

Die integrierte Versorgung Herzinfarkt wurde im Jahr 2006 durch eine Initiative der Kostenträger im Gesundheitswesen, hier federführend vertreten durch die AOK – Gesundheitskasse, des Gesundheitsamtes und des Rettungsdienstes des Oberbergischen Kreises, gestartet.

Ziel der Initiative war eine Optimierung in der Versorgung von Patienten mit Herzinfarkt.

Zu diesem Zweck vereinbarten die leitenden internistischen Abteilungsärzte aller Krankenhäuser des Oberbergischen Kreises, die niedergelassenen Kardiologen, sowie die abteilungsleitenden Ärzte der im Oberbergischen Kreis ansässigen Rehabilitationseinrichtungen in Absprachen mit den Kostenträgern, Gesundheitsamt und Rettungsdienst, Kooperationen.

Während durch die Kostenträger und die Krankenhäuser die integrierte Versorgung überwiegend durch die qualitative Versorgung der Patienten und die Abläufe der relevanten Prozesse in der Klinik gestaltet wird, ist es die Aufgabe des Rettungsdienstes jeden Patienten individuell medizinisch zu versorgen und in die für ihn geeignete Klinik zu befördern.

Die Aufgabe des Rettungsdienstes besteht darin, Patienten mit den Symptomen eines Akuten-Koronar-Syndroms diagnostisch so zu stratifizieren, dass in jedem Einzelfall die Diagnose die Zielklinik für den Patienten bestimmt.

Dabei werden durch den Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises alle Patienten mit Akutem-Koronar-Syndrom nach den Leitlinien der internistischen, kardiologischen Fachgesellschaften standardisiert diagnostiziert und individuell therapiert.

Der im EKG nachgewiesene Herzinfarkt oder im Zweifelsfall der klinisch dringende Verdacht auf einen Herzinfarkt ist das Kriterium zur Zuweisung des Patienten in ein Krankenhaus mit Herzkatheterlabor.

Liegt nach abgeschlossener Diagnostik kein definierter Herzinfarkt beim Patienten vor, ist eine Weiterbehandlung des Patienten im nächst gelegenen Akut-Krankenhaus mit internistischer Fachabteilung erforderlich.

Diese Vorgehensweise ist nach den Leitlinien der internistischen und kardiologischen Fachgesellschaften ausgerichtet.

Für den Versorgungsbereich des Oberbergischen Kreises steht im Kreis selbst das Kreiskrankenhaus Waldbröl mit der Kardiologie mit einem Katheterplatz 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung.

Im Norden des Oberbergischen Kreises kooperieren das Johanniter Krankenhaus Radevormwald und das St. Josef Krankenhaus Wipperfürth mit den Herzkatheterlaboren in Wuppertal, Solingen, Lüdenscheid und Remscheid.

Die im Westen des Oberbergischen Kreises befindlichen Krankenhäuser Lindlar und Engelskirchen kooperieren mit dem Kreiskrankenhaus Waldbröl, mit dem Klinikum Siegburg und dem Evangelischen Krankenhaus Bergisch-Gladbach und der Universitätsklinik Köln, Klinikum Köln-Merheim.

Das Kreiskrankenhaus Gummersbach kooperiert mit dem Kreiskrankenhaus Waldbröl und dem Klinikum Lüdenscheid.

Nach Erstversorgung der Patienten mit gesichertem Herzinfarkt durch den Rettungsdienst ist die Zuweisung des Patienten in das nächstgelegene freie und aufnahmefähige Herzkatheterlabor obligatorisch nach den Leitlinien der Fachgesellschaften angezeigt.

Durch die Kooperationsvereinbarungen innerhalb der integrierten Versorgung „Herzinfarkt“ soll sichergestellt sein, dass zu jeder Zeit und an jedem Ort im Versorgungsgebiet des Oberbergischen Kreises und darüber hinaus in den kreisüberschreitenden Einsatzgebieten die schnelle und kompetente Versorgung der Patienten mit kardialer Erkrankung, insbesondere Patienten mit Herzinfarkt durch den Rettungsdienst und die weiterversorgende Klinik definiert qualifiziert erfolgt.

Die Ergebnisse der Kooperationsvereinbarungen werden separat für den Rettungsdienst und für die Kliniken mit Herzkatheterlabor durch internes und externes Qualitätsmanagement überprüft.

1.3.2 Integrierte Versorgung Schlaganfall

Analog zur integrierten Versorgung Herzinfarkt wurden im Oberbergischen Kreis Kooperationsvereinbarungen zwischen allen oberbergischen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und deren internistischen Abteilungen, der Klinik für Neurologie des Kreiskrankenhauses Gummersbach als Haus der Schwerpunktversorgung, den Kostenträgern, auch hier federführend durch die AOK Gesundheitskasse, niedergelassenen Neurologen, den im Kreis ansässigen Rehabilitationseinrichtungen, dem Gesundheitsamt und dem Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises vereinbart.

Ziel der Kooperationsvereinbarung ist auch hier, analog zur integrierten Versorgung Herzinfarkt, die Optimierung der Versorgung neurologischer Patienten.

Ebenfalls analog zur Versorgung der Herzinfarkt-Patienten, erfolgt die notfallmäßige Erstversorgung in Diagnostik und Therapie durch den Rettungsdienst und die Stratifizierung des diagnostizierten Patienten mit dem Ziel der Zuweisung in die für jeden einzelnen Betroffenen geeignete Klinik.

Dabei ist im Handbuch „Schlaganfall“ in Form von Algorithmen definiert, nach welchen Kriterien Patienten in die Schwerpunktversorgung oder in die Grund- und Regelversorgung zugewiesen werden sollen.

Die Kooperationsvereinbarungen sichern auch generell an allen Kliniken die Basisdiagnostik der klinischen und apparativen Diagnostik und erlauben und fördern im Falle der Notwendigkeit eine Interhospital-Verlegung.

Die Kriterien der Vereinbarungen vermeiden eine einseitige, nicht notwendige Zuweisung in eine Schwerpunktversorgung und sind somit als Steuerungsinstrument geeignet.

Auch bei der integrierten Versorgung „Schlaganfall“ wird separat für die Bereiche Rettungsdienst und Klinik eine interne und externe Qualitätsprüfung durchgeführt.

1.3.3 Oberbergischer Trauma Konsensus

Um in einem ländlichen Flächenkreis die notfallmedizinische Versorgung von Trauma-patienten und insbesondere die Versorgung von Schwerstverletzten gewährleisten zu können, bedarf es spezieller Voraussetzungen.

Neben einer gut ausgebauten Infrastruktur, bedarfsgerechten Rettungswachen und qualifiziertem Rettungsdienstpersonal bedarf es fachspezifischer Kliniken und Krankenhäuser für die unfallchirurgische Versorgung dieser Patienten.

Um im Oberbergischen Kreis konzeptionell ein qualifiziertes System notfallmedizini-scher Versorgung von Traumapatienten sowohl präklinisch als auch klinisch gewähr-leisten zu können, wurde von allen an der Versorgung von Traumapatienten Beteiligten ein Konsensus erarbeitet, der fortan unter der Bezeichnung Oberbergischer Trauma-Konsensus geführt wird.

Im Oberbergischen Trauma-Konsensus werden die beiden Komponenten des Systems (präklinisch und klinisch) zur Traumaversorgung definiert und aufeinander abgestimmt. Für die präklinische Versorgung durch den Rettungsdienst wurden Kriterien zur Durch-führung von Maßnahmen und deren Dringlichkeit erarbeitet. Die vorläufige Diagnose definiert die Zielklinik unter den abgestuften Versorgungsstufen, die mit der Grund- und Regelversorgung beginnend bis zum Krankenhaus der Schwerpunktversorgung vor-gehalten werden. Darüber hinaus werden die außerhalb des Oberbergischen Kreises lokalisierten Maximalversorgungskliniken im Falle der Notwendigkeit in Anspruch ge-nommen.

Die oben genannten Ausführungen zeigen deutlich, dass eine statische Zuordnung von Versorgungsbereichen den aktuellen Anforderungen zur Versorgung von Patienten mit kardialen, neurologischen oder traumatologischen Problemen nicht entspricht, da die Versorgung eines großen Anteils aller Patienten einer jeweilig individuellen Versorgung in einer spezifischen Klinik bedarf.

Die übrigen Patienten werden, soweit möglich, wohnortnahe in den Krankenhäusern versorgt.

Auch die ständig ansteigende Anzahl an Sekundärverlegungen, bedingt durch zuneh-mende Spezialisierung der verschiedenen Kliniken, reduziert die Anzahl der Patienten, die traditionell einem Krankenhaus zugewiesenen werden. So ist vorauszusehen, dass zukünftig Patienten mit einer Indikation zur Einweisung in eine Klinik mit spezieller Aus-richtung nicht mehr erst sekundär dorthin verlegt werden.

2. Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst

Anders als der Rettungsdienst bietet der kassenärztliche Bereitschaftsdienst in all den Fällen medizinische Hilfe, in denen keine akute Gefahr für Leib oder Leben besteht.

Patienten, die außerhalb der kassenärztlichen Sprechzeiten wegen einer nicht lebensbedrohlichen Erkrankung einen Arzt konsultieren möchten oder müssen, oder bei denen ein Abwarten bis zur regulären Sprechstunde des Hausarztes nicht möglich ist, können den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung in Anspruch nehmen.

Der Kontakt zum kassenärztlichen Bereitschaftsdienst wird über die Arztnotrufzentrale in Duisburg telefonisch vermittelt. Die Arztnotrufzentrale ist für Patienten unter der kostenpflichtigen Telefonnummer 01805 - 044100 zu erreichen.

Die Arztnotrufzentrale ist zu folgenden Zeiten besetzt:

Montag, Dienstag, Donnerstag	18:00 – 07:00 Uhr
Mittwoch	ab 14:00 Uhr
Freitag bis Montag	08:00 – 08:00 Uhr

Die Patienten erfahren über die Arztnotrufzentrale, welcher Arzt in ihrem Wohnbereich Bereitschaftsdienst hat und können den Arzt dann telefonisch kontaktieren um einen Termin abzusprechen.

In den Kommunen Gummersbach, Waldbröl und Wipperfürth gibt es organisierte Notdienstpraxen, welche in den Bereitschaftsdienstzeiten für die Patienten geöffnet sind.

Für Kindernotfälle ist im Kreiskrankenhaus Gummersbach ein kinderärztlicher Bereitschaftsdienst durch die Kinderärzte des Oberbergischen Kreises organisiert.

Zusätzlich zu den allgemeinmedizinischen und kinderärztlichen Bereitschaftsdiensten in den Städten und Kommunen sind Fachärzte der Fachbereiche Hals-Nasen und Ohren sowie Augen- und Zahnärzte für den gesamten Kreis im Bereitschaftsdienst. Diese Ärzte werden ebenfalls durch die Arztnotrufzentrale vermittelt.

Bereitschaftsdienste - Ärzte in den Städten und Gemeinden:

- Bergneustadt
- Engelskirchen
- Gummersbach am Krankenhaus (Notdienstpraxis)
- Hückeswagen
- Lindlar
- Marienheide
- Morsbach
- Nümbrecht
- Radevormwald
- Reichshof
- Waldbröl am Krankenhaus (Notdienstpraxis)
- Wiehl
- Wipperfürth am Krankenhaus (Notdienstpraxis)

Zusätzlich werden über die Arztnotrufzentrale Duisburg nachstehende Fachärzte und Bereitschaftsdienste vermittelt:

- Augenärzte
- Kinderärzte am Krankenhaus Gummersbach Notdienstpraxis
- Zahnärzte
- Hals-Nase-Ohren-Ärzte
- Apotheken-Bereitschaftsdienst
- Krankenhäuser

Notfallpraxen der niedergelassenen Ärzte im Bereich Oberbergischer Kreis:

Nofalldienstpraxis am Kreiskrankenhaus Gummersbach

Nofalldienstpraxis am Kreiskrankenhaus Waldbröl

Notfalldienstpraxis am St. Josef Krankenhaus Wipperfürth

3. Zusammenarbeit mit der Polizei

Aufgabe der Polizei ist die Gefahrenabwehr mit polizeilichen, nicht mit medizinischen Mitteln. Oft erfordert eine Gefahrenlage den Einsatz sowohl der Polizei als auch des Rettungsdienstes. Die Zusammenarbeit in besonderen Lagen ist zwischen den Beteiligten im Grundsatz durch einen Runderlass des Innenministeriums NRW vom 27.03.2000 geregelt.

Auf Kreisebene wurden diesbezüglich Gespräche zwischen Vertretern der Polizeibehörde und des Trägers des Rettungsdienstes geführt. Insbesondere für den Fall eines Massenanfalls von Verletzten (sogen. MANV-Planung), aber auch zu anderen potentiell gemeinsamen Einsätzen besteht weiterer Abstimmungsbedarf. Die Gespräche werden deshalb fortgesetzt.

4. Luftrettung

Die rechtliche Grundlage der Organisation des Luftrettungswesens bildet § 10 Rettungsgesetz Nordrhein Westfalen. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes organisiert die landesweite Luftrettung in Abstimmung mit dem Landesinnenministerium über Trägergemeinschaften.

Die Rettungshubschrauber haben von ihrem Standort aus bemessen einen Aktionsradius von 50 km Reichweite. Die in diesem Bereich umliegenden Städte und Kreise sind verpflichtend Mitglieder einer Trägergemeinschaft für den entsprechenden Rettungshubschrauber.

Der Oberbergische Kreis gehört geographisch bedingt zwei Trägergemeinschaften an, Köln und Siegen. Einerseits wird das Rettungsdienstgebiet vom Rettungshubschrauber Christoph 3 versorgt, der in Köln stationiert ist. Das südliche Kreisgebiet ist andererseits schneller vom in Siegen stationierten Christoph 25 zu erreichen. In Einzelfällen unterstützt auch Christoph 9 aus Duisburg den Oberbergischen Rettungsdienst.

Über eine dritte Trägergemeinschaft ist zusätzlich die Verfügbarkeit eines Intensivtransporthubschraubers gesichert. In Sonderfällen steht der ITH Christoph Rheinland auch zur Primärrettung zur Verfügung.

IV. Durchführung des Rettungsdienstes

1. Leitstelle

Leitstellen sind gemäß DIN 14011, Teil 100 und ISO 8421-3 ständig mit Personal besetzte und mit Fernmeldemitteln ausgestattete Räume, in denen Notrufe entgegengenommen werden und unverzüglich Maßnahmen getroffen werden, um Personal, Fahrzeuge und Geräte zu alarmieren.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des Landes Nordrhein-Westfalen ist die Leitstelle des Oberbergischen Kreises eine integrierte Leitstelle für den Feuerschutz und den Rettungsdienst (§21 Abs. 1 FSHG, §7 Abs.1 RettG NRW). Neben den zuvor beschriebenen Tätigkeiten kommt ihr gemäß RettG NRW im Rettungsdienst zusätzlich die Aufgabe der Einsatzlenkung und die Führung des zentralen Krankenbettennachweises zu.

Im Falle einer Großschadenslage fungiert die Kreisleitstelle als Informations- und Kommunikationsstelle (luK).

Das Vorhalten und Betreiben einer integrierten Kreisleitstelle stellt eine Pflichtaufgabe zu Erfüllung nach Weisung gem. der beiden Fachgesetze (RettG und FSHG) dar.

Neben der eigentlichen Einsatzbearbeitung nehmen die rettungsdienstlich medizinischen Beratungen von Anrufern zunehmend größeren Raum ein. So ist nach entsprechender Abfrage der Anrufer an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zu verweisen oder die nächste dienstbereite Apotheke zu benennen.

Die Leitstelle des Oberbergischen Kreises hat die Aufgabe, Hilfeersuchen aller Art von Bürgern, Einwohnern und Besuchern des Kreises und anderen Stellen entgegen zu nehmen, zu bewerten, ggf. an die zuständige Stelle weiter zu leiten, die erforderlichen Einsatzmittel zu alarmieren und an die Einsatzstelle zu führen. Während des Einsatzes koordiniert und dokumentiert die Leitstelle den Einsatzverlauf und unterstützt die Einsatzkräfte.

1.1 Planungsgrößen

Aufgaben

- Annahme von Hilfeersuchen
- Bewerten der eingehenden Hilfeersuchen
- Alarmierung und Lenkung der Einsatzkräfte (gem. RettG NRW)
- Zuordnung der Einsatzkräfte zum Einsatzgeschehen
- Unterstützung der Einsatzleitung
- Information und Meldung an übergeordnete Dienststellen und Behörden
- Dokumentation des Einsatzes

Schutzziele

- Annahme und Bearbeitung aller eingehenden Notrufe
- Qualifizierte Bearbeitung der eingehenden Hilfeersuchen
- Alarmierung der Rettungsmittel innerhalb einer Minute nach Einsatzannahme (Bestandteil der Hilfsfrist)

1.2 Mindestanforderungen¹ (Bereich Leitstelle)

Technik

- Notrufeinrichtung 112
- Telefonanlage (gem. NRAbE-dig)
- Funkanlage Gleichwelle
- Alarmierungseinrichtungen (Funk, Draht)
- Funkalarmauswertung
- Einsatzleitplätze mit identischer Ausstattung
- Zusätzliche Notrufabfrageplätze
- Dokumentationsanlage (Langzeit- und Kurzzeitdokumentation)
- Einsatzleitrechner
- Notstromversorgung
- Unterbrechungsfreie Stromversorgung für Telefon- und EDV Anlagen
- Vorhaltung redundanter Rückfallebenen

Organisation

- Integrierte Leitstelle für Feuerschutz und Rettungsdienst
- Lenkung und Leitung von Rettungsdiensteinsätzen
- Alarmierung und rückwärtige Unterstützung von Feuerwehreinsätzen
- Anwendung der Alarm- und Ausrückordnungen
- Maßnahmen der Einsatzvorbereitung
- Führen des Bettennachweises und der rettungsdienstlichen Lage

Personal

- Rettungsassistent oder Rettungsassistentin
- Feuerwehrbeamte mit Führungsausbildung mittlerer Dienst Leitstellenlehrgang

¹ Mindestanforderungen beruhen auf gesetzlichen Vorgaben.

1.3 Aktueller Standard² (Bereich Leitstelle)

Technik

- Digitale Funkalarmierung mit alphanumerischer Datenübertragung
- EURO-ISDN-Notrufanlage (112)
- ISDN-Telefonanlage
- Direktleitungen zu Krankenhäusern
- Direktleitungen zu benachbarten Leitstellen
- Funkmeldesystem
- Routing von Notrufen bei Systemausfall
- Fahrzeugzustandsanzeige (FMS)
- Dokumentation über ELR
- Ermittlung der Kennzahlen aus Dokumentation
- Notrufweiterleitung zur Polizei
- Direktleitungen zur Polizei

Organisation

- Kontinuierliche Führung der rettungsdienstlichen Lage
- Standardisiertes Abfrageschema
- Indikationskatalog für Notarzt-, Rettungswageneinsatz oder Krankentransport bzw. ärztl. Notdienst
- Kurzfristige Aufstockung des Personals bei besonderen Lagen durch entsprechende Dienstplangestaltung und Rufbereitschaft
- Bundeseinheitliche Rufnummer 19 222 für Krankentransport

² Untergesetzliche Konkretisierungen durch allgemein als sinnvoll anerkannte Regelwerke, vergleichbar z.B. dem sogen. „Stand der Technik“ auf technischem Gebiet.

1.4 Ist-Zustand³ (Bereich Leitstelle)

Technik

- Notrufeinrichtung (112) mit entsprechender Telefonanlage einschließlich Redundanz
- Bundeseinheitliche Rufnummer 19222 für den Krankentransport
- Funkalarmierung (Fünfton) analog über Gleichwelle mit Schnittstelle Einsatzleitrechner
- Gleichwellenfunkanlage
- Funkmeldesystem mit Schnittstelle zum Einsatzleitrechner
- Fahrzeugzustandsanzeige FMS
- Alarmfax über Einsatzleitrechner für eingesetzte Rettungsmittel
- Dokumentation über Einsatzleitrechner
- Einsatzleitsystem
- Unterbrechungsfreie Stromversorgung für die gesamte Leitstellentechnik
- 3 Einsatzleitplätze mit gleicher Ausstattung
- 3 weitere Notrufabfrageplätze
- Notruffax
- Einsatzleitrechner mit geographischer Unterstützung (GIS)

Technik In Vorbereitung

- Datenübertragung zwischen Rettungsmittel und Leitstelle
- Digitalfunk im Regierungsbezirk Köln (Start Erprobung vorr. 2010)
- Erforderliche Anpassung der Leitstellentechnik
- Umstellung auf digitale Alarmierung im Jahr 2012

³ Aktueller Ist-Zustand im Oberbergischen Kreis

Organisation

Notrufbearbeitung

- Integrierte Leitstelle für Feuerschutz und Rettungsdienst
- Lenkung und Leitung von Rettungsdiensteinsätzen
- Alarmierung und rückwärtige Unterstützung von Feuerwehreinsätzen
- Anwendung der Alarm- und Ausrückordnungen
- Kontinuierliche Führung der rettungsdienstlichen Lage
- Führen des Bettennachweises

IuK-Aufgaben

- Aufnahme und Weiterleitung von Notrufen aus benachbarten Gebietskörperschaften
- Informationen an Behörden, Institutionen, Krankenhäuser usw.
- Meldung an Aufsichtsbehörden
- Warnung und Information der Bevölkerung
- Führen fremder Fahrzeuge im Funkverkehrskreis
- Maßnahmen der Einsatzvorbereitung

Sonderaufgaben

- Wahrnehmung der Funktion des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst
- Einbindung in Administration Einsatzleitreechner
- Einbindung Instandsetzung und Wartung Funktechnik
- Interne Schulungsmaßnahmen

Personal

- Der Leitstellendienstplan sieht nach Sollvorgabe eine Besetzung mit vier Bediensteten im 24-Stunden-Dienst vor.
- Wahrnehmung der Funktion OrgLRD durch einen Beamten in angeordneter Rufbereitschaft.
- Weitere Personalreserve durch dienstfreies Personal (freiwillig)
- Ausreichende Einsatzerfahrung im Bereich Brandschutz, Technische Hilfeleistung und Rettungsdienst
- Aus- und Fortbildung der Leitstellenmitarbeiter

Besetzung

- 1 Leiter Leitstelle
- 1 Stellv. Leiter Leitstelle und Administration
- 3 Disponenten als Dienstgruppenleiter 24 Std. Dienst
- 16 Disponenten 24 Std. Dienst

1.5 Zielsetzung/Planung

Die wichtigste Planungsgröße für den Rettungsdienst ist die Eintreffzeit. Sie enthält sowohl die Dispositionszeit als auch die Ausrücke- und Fahrtzeit der Rettungsmittel.

Die Dispositionszeit stellt den ersten Zeitabschnitt der Gesamteintreffzeit dar, der durch organisatorische Maßnahmen des Kreises beeinflusst werden kann.

Um die Dispositionszeit innerhalb der Leitstelle so kurz wie möglich zu halten, ist die Leitstelle personell und materiell so auszustatten, dass sie eingehende Notrufe jederzeit so schnell wie möglich annehmen und bearbeiten kann.

Die organisatorischen Strukturen müssen so geplant werden, dass parallel auftretende Notrufe gleichzeitig abgearbeitet werden können.

Die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Massenanstalles von Verletzten ist unabhängig von der Tageszeit. Eine erforderliche sofortige Verstärkung ist zu gewährleisten.

1.5.1 Technik

- Update Einsatzleitreechner mit geographischer Unterstützung (GIS) begonnen 2008
- Datenübertragung zwischen Rettungsmittel und Leitstelle Beginn 2009
- Digitalfunk im Regierungsbezirk Köln (Start Erprobung ca. 2011)
- Anbindung und Anpassung der Leitstellentechnik Beginn 2009
- Umstellung auf digitale Alarmierung 2013

1.5.2 Organisation

Die Leitstelle des Oberbergischen Kreises wird als integrierte Leitstelle betrieben. Die Zuordnung der Arbeitsanteile Brandschutz zu Rettungsdienst entspricht dem Verhältnis **30:70**.

Innerbetriebliche Abläufe und interne Schulungen sind weiter zu optimieren

1.5.3 Personal

Die integrierte Leitstelle des Oberbergischen Kreises wird von Beamten des mittleren feuerwehrtechnischen Dienstes besetzt.

Die Arbeitszeit orientiert sich an der Verordnung über die Arbeitszeit der Beamtinnen und Beamten des feuerwehrtechnischen Dienstes im Lande Nordrhein-Westfalen (AZVO Feu) vom 01. September 2006.

Die Herabsetzung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit im Schichtdienst von 54 Stunden auf 48 Stunden erfordert die Einstellung zusätzlichen Personals.

In einer mit Inkrafttreten der AZVO Feu ermittelten Bedarfsberechnung sind für die Durchführung des Tischdienstes im 24 Stunden Dienst 19 Disponenten erforderlich.

1.6 Bedarfsberechnung

Die Personalbedarfsberechnung wurde im Rahmen der Änderung der gesetzlichen Grundlagen vorgenommen:

Im Jahre 2007 ist die Arbeitszeitverordnung für Beamte im feuerwehrtechnischen Dienst (AZVO Feu) nach den Vorgaben auf EG-Ebene angepasst worden und der Bedarf an Leitstellendisponenten wurde auf dieser Grundlage errechnet.

Diese Berechnung ergibt einen Bedarf an 18,75 Disponentenstellen.

Darüber hinaus sind 1,6 Administratorstellen, 0,5 Stellen Funk (analog und digital) und 0,5 Stellen Leitung erforderlich.

Größe, Umfang und Ausstattung der Leitstelle entspricht dem Einsatzbedarf.

Die Unterbringung aller Disponenten in unmittelbarer Nähe der Leitstelle wird zurzeit geplant und zügig umgesetzt.

1.7 Beurteilung/Konsequenzen

1.7.1 Technik

Der Einsatzleitrechner arbeitet mit der zurzeit aktuellen Softwareversion und entspricht dem Stand der Technik. Der kontinuierliche Betrieb wird durch die Schaffung von Redundanzen (Einsatzleitrechner, Telefonie), eine unterbrechungsfreie Stromversorgung und eine Notstromversorgung sichergestellt.

Für den ‚Massenanfall‘ von Notrufen (Sturmlagen etc.) kann der Leitstellenbetrieb in der Form angepasst werden, dass drei sog. Notabfrageplätze in Betrieb genommen werden. Hier werden dann ausschließlich Notrufe angenommen und in das Leitstellensystem gestellt.

Die drei ‚normalen‘ Leitstellenbetriebstische führen dann alle Einsätze (u.U. mit den örtlichen Abschnittsleitungen).

Mit dem Graphischen Informationssystem (GIS) kann ein einsatzmittelabhängiger Dispositionsvorschlag generiert werden, welcher sich automatisch auf das am nächsten gelegene Einsatzmittel bezieht.

Durch diese technischen Grundstrukturen wird die Notrufannahme optimiert.

1.7.2 Organisation

Die Kreisleitstelle des Oberbergischen Kreises wird als integrierte Rettungs- und Feuerleitstelle betrieben.

Das Verhältnis zwischen Brandschutz und Rettungsdienst liegt bezogen auf das Einsatzaufkommen und die ‚Betreuungszeit‘ der Notrufe bei 30:70.

Die sich ständig ändernde medizinische Infrastruktur des Oberbergischen Kreises hat eine konsequente Anpassung an die neuen Verhältnisse zur Folge.

Standardisierte Abfragen ermöglichen dabei ebenfalls eine optimalere Ressourcennutzung.

1.7.3 Personal

Aufgrund der geltenden AZVO Feu i.V.m. mit den festgesetzten ‚Tischbesetzungszeiten‘ ist die Personalstärke der Kreisleitstelle festgelegt worden. Dieser sollmäßige Bedarf ist erfüllt, so dass auf eine weitere Opt-Out Lösung verzichtet werden kann.

Alle Disponenten werden rettungsdienstlich fortgebildet und nehmen an diversen weiteren fachspezifischen Fort- und Ausbildungsveranstaltungen teil.

1.7.4 Interkommunale Zusammenarbeit

Eine interkommunale Zusammenarbeit findet grundsätzlich im Rahmen der Amtshilfe mit allen angrenzenden Gebietskörperschaften statt.

Mit der Stadt Gummersbach wird eine Redundanzstelle für die Kreisleitstelle geplant, die einen externen Betrieb der Kreisleitstelle ermöglichen soll.

Mit dem Rhein-Sieg Kreis bestehen enge Kontakte (ohne vertragliche Bindungen), die aufgrund der überschneidenden Einsatzgebiete zwangsläufig gegeben sind. Im Rhein-Sieg Kreis wird ein gleiches Einsatzleitsystem genutzt, so dass ein onlinemäßiger Datenaustausch die Einsatzführung im jeweils anderen Kreis erleichtert.

Mit dem Rheinisch Bergischen Kreis wird ebenfalls ein enges Zusammenarbeiten gepflegt, da auch hier sich die Einsatzgebiete überschneiden.

2. Notfallrettung (ohne Notarzt)

Definition:

„Die Notfallrettung hat die Aufgabe, bei Notfallpatientinnen und Notfallpatienten lebensrettende Maßnahmen am Notfallort durchzuführen, deren Transportfähigkeit herzustellen und sie unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden mit Notarzt- oder Rettungswagen oder Luftfahrzeugen in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern. Hierzu zählt auch die Beförderung von erstversorgten Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zu Diagnose- und geeigneten Behandlungseinrichtungen. Notfallpatienten sind Personen, die sich infolge von Verletzungen, Krankheit oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten.“ (§ 2 Abs. 1 RettG NRW)

2.1 Planungsgrößen

Die gesetzlichen Grundlagen der Planung der Organisation des Rettungsdienstes sind nach dem Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen im § 6 Absatz 1 definiert.

„Die Kreise und kreisfreien Städte sind als Träger des Rettungsdienstes verpflichtet, die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung einschließlich der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst und des Krankentransportes sicherzustellen. Beide Aufgabenbereiche bilden eine medizinisch-organisatorische Einheit der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr.“ (RettG NRW, § 6 Abs. 1)

Der Oberbergische Kreis ist somit als Träger des Rettungsdienstes für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung verantwortlich verpflichtet.

Um der Verantwortung, bedarfsgerechter und flächendeckender Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung sicherzustellen, gerecht zu werden, ist es wichtig zu definieren, was ist bedarfsgerecht und was bedeutet flächendeckend.

2.1.1 Bedarfsgerechte Versorgung

Die Begrifflichkeit bedarfsgerechter Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung ist in erster Betrachtung medizinisch determiniert und bedeutet konkret eine dem Umstand des Notfalls entsprechende zeitliche Zuordnung der Notfallrettung.

In der notfallmedizinischen Arbeit am Patienten lassen sich unterschiedliche Ziele herausarbeiten. Bei einem Teil der Patienten sind zeitkritische Interventionen und Maßnahmen durchzuführen, deren Umsetzung alleine das Überleben des Patienten sichern können. Diese zeitkritischen Notfälle sind Fix- und Orientierungspunkt für die maximale Dauer der Hilfsfrist, die bei Nichteinhaltung einem Patienten keine Chance zum Überleben gibt.

Geht man vom Notfallgeschehen Herz-Kreislauf-Stillstand aus, mit der unabdingbar notwendigen Folge die Maßnahme „Wiederbelebung“ durchführen zu müssen, ist es unstrittig, dass eine sinnvolle medizinische Versorgung, welche ein Überleben im äußersten Zeitpunkt des Eintreffens der Notfallrettung ermöglicht, unter normalen Bedingungen bei idealerweise null Minuten liegt und im Rahmen einer potentiell erfolgreichen Reanimation im Bereich bei 6 Minuten, bei idealen Bedingungen seltener bei bis maximal 8 Minuten liegt.

Somit ist die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung also in erster Linie durch die Zeit bis zum Eintreffen der Notfallrettung am Notfallort definiert.

Diese Zeit, die mit dem Beginn der Notfallmeldung beginnt und mit dem Eintreffen der Notfallrettung am Notfallort endet, wird als Hilfsfrist bezeichnet.

2.1.2 Flächendeckende Versorgung

Um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung zu gewährleisten, muss eine flächendeckende Vorhaltung gegeben sein.

Dies bedeutet konkret, dass ein zu definierendes Maß an Rettungsdienstinfrastruktur vorgehalten werden muss, um dem Bedarf an Leistungen der Notfallrettung in der Zeit zu entsprechen.

Diesen Grundannahmen folgend gelangt man zu Notwendigkeit der Bedarfsplanung.

Da in einem räumlich festgelegten Bereich eine bestimmte Anzahl von Rettungswachenstandorten und eine bestimmte Anzahl von Fahrzeugen notwendig sind um die zentrale Bedingung zu erfüllen, nämlich diese, dass die Zeit bis zum Eintreffen der Notfallrettung in erster Linie die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung determiniert, müssen Verfahren zur Berechnung dieser Infrastruktur angewandt werden.

In Nordrhein-Westfalen gibt es keine gesetzlich vorgeschriebenen Grenzwerte für die Planung und Festlegung der Zahl und Standorte der Rettungswachen.

Aus diesem Grund wird hierzu hilfsweise die Ausführung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen vom 05. April 2000 herangezogen. (AZ : III C 6 – 0712.1.2/0715.1).

2.1.3 Definition: „Eintreffzeit“

Unter dem Begriff der „Eintreffzeit“, wird die Zeit verstanden, in der ein geeignetes Rettungsmittel einen Notfallpatienten an einem Notfallort zeitlich erreicht.

Die Eintreffzeit wird in der Literatur auch häufig synonym mit Hilfsfrist bezeichnet.

Die in der Bundesrepublik Deutschland als Aufgabe der Bundesländer ausgewiesene Pflicht zur Organisation des Rettungsdienstes zeigt einen inhomogenen Status in der Festlegung der Hilfsfrist, da diese, im Vergleich der Länder untereinander, große Unterschiede aufweist.

Notfallmedizinisch (lebens-)notwendige Erfordernisse einerseits und wirtschaftlich Realisierbares andererseits führen zwangsläufig zu einem Kompromiss des Machbaren und sind somit die Determinanten zur Planung rettungsdienstlicher Infrastruktur.

In der 3., neubearbeiteten Auflage der Kommentierung des Rettungsgesetzes NRW von Dr. Dorothea Prütting, November 2000, wird zum Begriff Eintreffzeit folgendes ausgeführt (Randnummer 9 und 10).

„Die Eintreffzeit ist Maximalwert für Grenzbereiche des Einsatzgebietes. Allgemein wird im Bundesgebiet davon ausgegangen, dass die Zeit vom Eingang der Notfallmeldung in der Leitstelle bis zum Eintreffen des Einsatzfahrzeugs am Notfallort möglichst nicht mehr als 10 Minuten betragen soll, sie darf nicht über 15 Minuten liegen. Diese Voraussetzungen werden als erfüllt angesehen, wenn die Eintreffzeit von 10 Minuten in mindestens 80 von Hundert, die Eintreffzeit von höchstens 15 Minuten in mindestens 95 von Hundert der in einem Jahr in einem Rettungsdienstbereich zu erwartenden Notfalleinsätze planerisch eingehalten werden kann“.

(KOCH, KUSCHINSKY, Leben retten 1993, S 1- 8). [Vgl. dazu auch § 12 Rdnm. 10 – 13.]

Für Nordrhein-Westfalen sind Eintreffzeiten für die Notfallrettung gesetzlich nicht festgelegt. Wie schon das Rettungsgesetz 1974 enthalten auch das Rettungsgesetz 1992 und seine Änderung von 1999 keine Bestimmungen über Eintreffzeiten. Mit dem 1982 aufgehobenen „Bericht und Plan zum Rettungswesen Nordrhein-Westfalen“ vom 22.04.1975 war den Trägern des Rettungsdienstes aufgegeben worden, als Richtwert für die Bedarfsplanung eine Toleranzzeit von 5-8 Minuten zugrunde zu legen. Die Toleranzzeit sollte als Mittelwert für das gesamte Land im Rahmen der Durchführung des Rettungsgesetzes erreicht werden. Hieraus und aus der Zeitspanne 5-8 Minuten ergibt

sich, dass Toleranzzeit als Anhaltswert für den damals notwendigen Ausbau des Rettungsdienstes und nicht als konkreter Grenzwert gedacht war. Mit dem flächendeckenden Ausbau des Rettungsdienstes haben sich als allgemeiner rettungsdienstlicher Standard in Nordrhein-Westfalen Eintreffzeiten von 10 Minuten, in ländlichen Bereichen bis 12 Minuten ergeben. Davon ist als Kriterium für eine ordnungsgemäße und bedarfsgerechte Notfallrettung auszugehen. Die Diskussion mit den Kosten- und Leistungsträgern ergab einhellig, auch bei der Novellierung von einer Festlegung der Eintreffzeiten abzusehen.

2.1.4 Zeitabschnitte innerhalb der Hilfsfrist

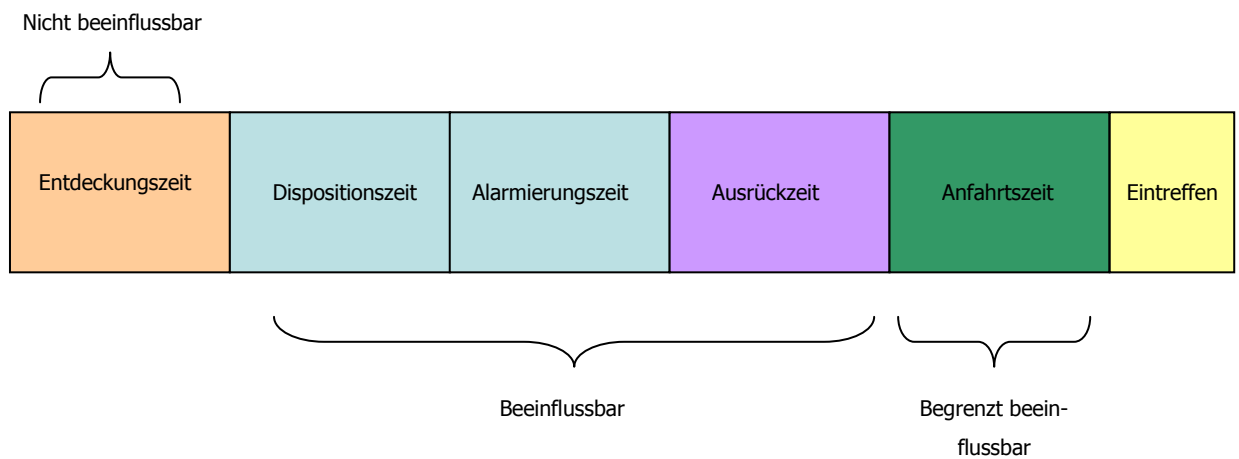


Abbildung 4 - Zeitabschnitte innerhalb der Hilfsfrist

2.1.5 Definition: Zielerfüllungsgrad der Hilfsfrist

Eine zentrale Forderung in der Organisation des Rettungsdienstes ist, den Notfallpatienten innerhalb der festgelegten Hilfsfrist im jeweiligen Rettungswachenversorgungsbereich (örtlich) zu erreichen und rettungsdienstlich zu versorgen.

Dabei bezieht sich die Erreichbarkeit des Ortes auf alle an einer Straße gelegenen Notfallorte.

Im Oberbergischen Kreis ist in Übereinstimmung mit dem Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen die Hilfsfrist für den ländlichen Raum auf 12 Minuten festgesetzt.

Um die Einhaltung der Hilfsfristen in einem definierten Rettungswachenversorgungsbereich zu überprüfen, müssen alle Notfalleinsätze erfasst und in ihrem zeitlichen Verlauf dokumentiert sein. Erst so lässt sich rechnerisch der Zielerfüllungsgrad ermitteln.

Der Zielerfüllungsgrad soll als Maß zur Überprüfung und Einhaltung der Hilfsfrist dienen, die im Oberbergischen Kreis in 90 % aller Notfälle sicher gestellt eingehalten werden soll.

Dabei werden in Kenntnis örtlicher und zeitlicher Gegebenheiten Faktoren berücksichtigt, die in ca. 10 % aller gemeldeten Notfälle zu einer Überschreitung der Hilfsfrist führen.

So sind im ländlichen Raum Notfälle zu verzeichnen, deren örtliche Erreichbarkeit in der Hilfsfrist von 12 Minuten nicht geleistet werden können, da beispielsweise die Topographie, die Bevölkerungsdichte oder die Verkehrsanbindung nicht zu beeinflussende Faktoren darstellen.

2.2 Mindestanforderungen (Notfallrettung)

Die Verwendung von Krankentransportwagen ist bestimmungsgemäß zum Transport von Patienten vorgesehen, die aufgrund Ihrer Erkrankung auf medizinisch fachliche Betreuung und/oder auf Ausstattungsmerkmale des Fahrzeugs während des Transportes angewiesen sind und nicht Notfallpatienten sind.

Rettungstransportwagen sind für den Transport von Notfallpatienten bestimmt.

2.2.1 Technik

Nach dem Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen gemäß § 3 Absatz 1, sind Krankenkraftwagen Fahrzeuge, die für den Krankentransport oder die Notfallrettung besonders eingerichtet sind und nach dem Fahrzeugschein als Krankenkraftwagen anerkannt sind. Sie müssen in ihrer Ausstattung, Ausrüstung und Wartung den allgemeinen Regeln von Medizin und Technik entsprechen.

2.2.2 Organisation

Einhaltung der Hilfsfrist von 12 Minuten im ländlichen Bereich ab Notrufeingang bei Einhaltung eines Zielerreichungsgrades von 90 %

2.2.3 Personal

Nach Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen gemäß § 4 Besetzung von Krankenkraftwagen und Luftfahrzeugen gilt nachstehende personelle Vorhaltung:
RTW/NAW mindestens ein Rettungsassistent/Rettungsassistentin und ein Rettungssanitäter /-sanitäterin

Gemäß § 5 Absatz 5 Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen ist das in der Notfallrettung und dem Krankentransport eingesetzte nicht ärztliche Personal verpflichtet, jährlich an einer mindestens 30-stündigen aufgabenbezogenen Fortbildung teilzunehmen.

Nach der Medizinischen Geräteverordnung muss das Rettungsdienstpersonal in die Bedienung der auf den Fahrzeugen befindlichen medizinischen Geräte eingewiesen sein.

2.3 Aktueller Standard (Notfallrettung)

2.3.1 Technik

Rettungstransportwagen RTW Typ C nach DIN EN 1789, der für den Transport, die erweiterte Behandlung und Überwachung von Patienten konstruiert und ausgerüstet ist.

Einheitliche medizinische Ausrüstungsgegenstände

Defibrillatoren Halbautomaten

Fahrtragen

2.3.2 Organisation

Vornehmlich Einsatz von hauptamtlichem Personal, das die Infrastruktur, die örtlichen Gegebenheiten und die Krankenhausstruktur kennt.

Einhaltung der Hilfsfrist von 12 Minuten im ländlichen Bereich ab Notrufeingang bei Einhaltung eines Zielerreichungsgrades größer oder gleich 90%.

Überwachung der Qualität durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)

2.3.3 Personal

Nach Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen § 4 Besetzung von Krankenwagen und Luftfahrzeugen

RTW/NAW mindestens ein Rettungsassistent/Rettungsassistentin und ein Rettungsassistent/Rettungsassistentin

Regelmäßige Fortbildung nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer in Maßnahmen der Notkompetenz

Fortbildung durch in der Notkompetenz erfahrene Notärzte

Mega-Code-Training

2.4 Ist Zustand (Notfallrettung)

2.4.1 Technik

Im Rettungsdienstbereich des Oberbergischen Kreises werden aktuell 12 Rettungstransportwagen einschließlich planmäßigen Personals vorgehalten.

Rettungswache	Anzahl der RTW
RW Bergneustadt	1
RW Engelskirchen	1
RW Gummersbach	2
RW Hückeswagen	1
RW Lindlar	1
RW Marienheide	1
RW Lichtenberg	1
RW Radevormwald	1
RW Waldbröl	1
RW Elsenroth	1
RW Wipperfürth	1

Tabelle 4 - Organisation

Alle 12 vorgehaltenen RTW sind im 24 Stunden Dienst besetzt.

Die Struktur des im Oberbergischen Kreis vorgehaltenen Fahrzeugsystems ist in erster Konsequenz historisch bedingt.

Da alle Fahrzeuge vom Beginn der ersten Stunde des Rettungsdienstes an den Krankenhäusern im Oberbergischen Kreis stationiert waren, gründeten sich dort auch die Rettungswachen.

Im Oberbergischen Kreis wurden in der Vergangenheit aus wirtschaftlichen Gründen Rettungswagen sporadisch für Krankentransporte eingesetzt und auch nach Abschluss des Tagesgeschäftes der Krankentransportwagen, für dringliche Einweisungen genutzt, da bislang ein Krankentransportwagen in einer 24-stündigen Besetzung

nicht erforderlich war. Dabei wurden die Rettungstransportwagen als Krankentransportwagen geführt und auch als solche mit den Kostenträgern abgerechnet.

Um die Verfügbarkeit der RTW zu erhöhen sollte aktuell der Krankentransport in der Kernarbeitszeit von 08:00 – 16:30 ausschließlich durch die vorgehaltenen KTW durchgeführt werden.

2.4.2 Personal

Qualifikation der rettungsdienstlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Aufgeführt werden voll- und teilzeitbeschäftigte Personen.

Rett.- assistenten hauptamtlich	Rett.- sanitäter hauptamtlich	Rett.- assistenten in Ausbildung	Rett.- helfer	Gesamt
136	38	12	5	191

Tabelle 5 - Rettungsdienstpersonal im Oberbergischen Kreis

2.4.3 Globalstruktur und Repräsentanz des erfassten Einsatzaufkommens

Diagramm 3 und Tabelle 6 zeigen die Notfalleinsätze der kreiseigenen Rettungstransportwagen zu Notfalleinsätzen. Notfalleinsätze sind Einsätze zu allen Rettungswageneinsätzen und Notarzteinsätzen. (mit, wie auch ohne begleitendes NEF)

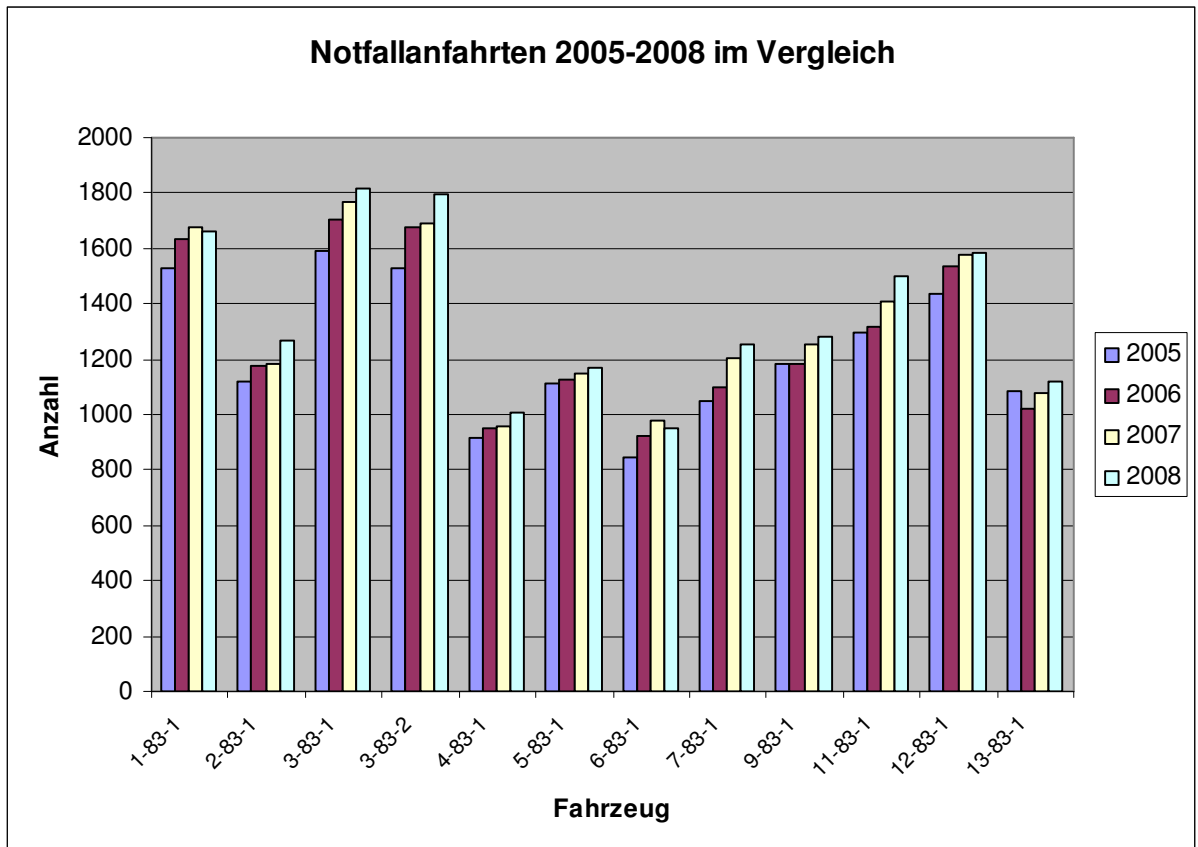


Diagramm 3 - Notfalleinsätze der Rettungstransportwagen im Überblick 2005 bis 2008

	2005	2006	2007	2008
1-83-1	1529	1631	1679	1662
2-83-1	1119	1175	1180	1265
3-83-1	1592	1706	1765	1816
3-83-2	1530	1674	1693	1797
4-83-1	914	948	956	1004
5-83-1	1115	1130	1146	1170
6-83-1	845	922	982	952
7-83-1	1048	1099	1205	1254
9-83-1	1186	1180	1256	1282
11-83-1	1296	1314	1406	1503
12-83-1	1438	1537	1575	1581
13-83-1	1088	1019	1075	1118
Gesamt	14700	15335	15918	16404

Tabelle 6 - Notfalleinfahrten der Rettungswagen im Überblick 2005 bis 2008

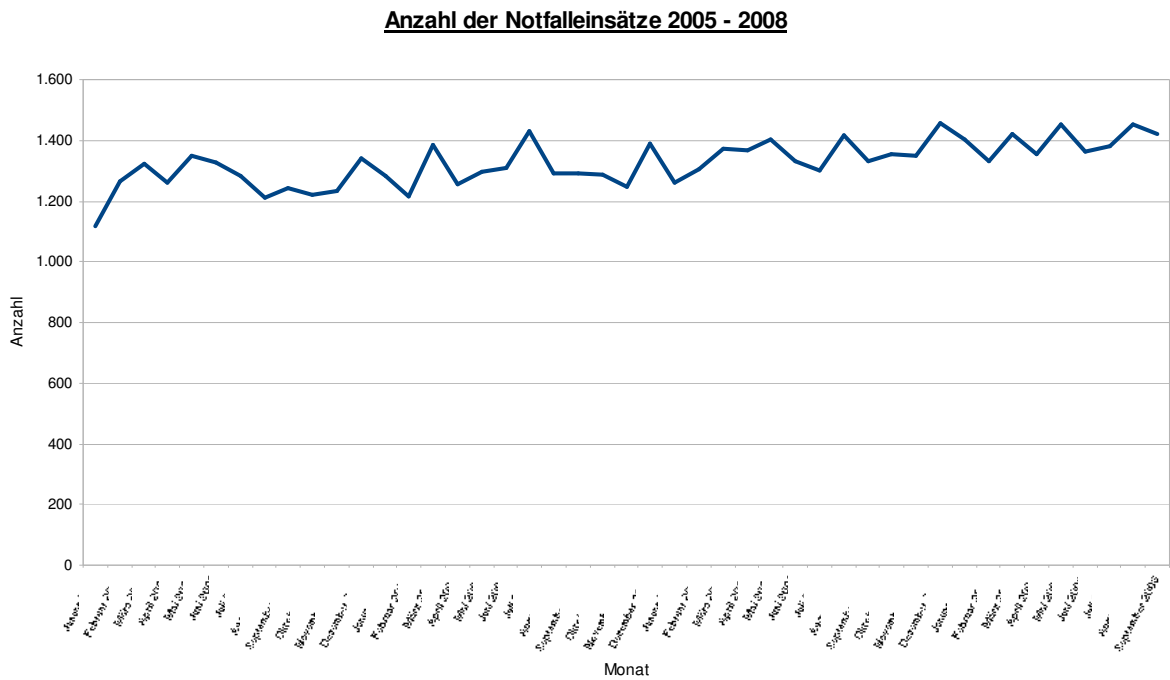


Diagramm 4 - Anzahl der Notfalleinsätze im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008

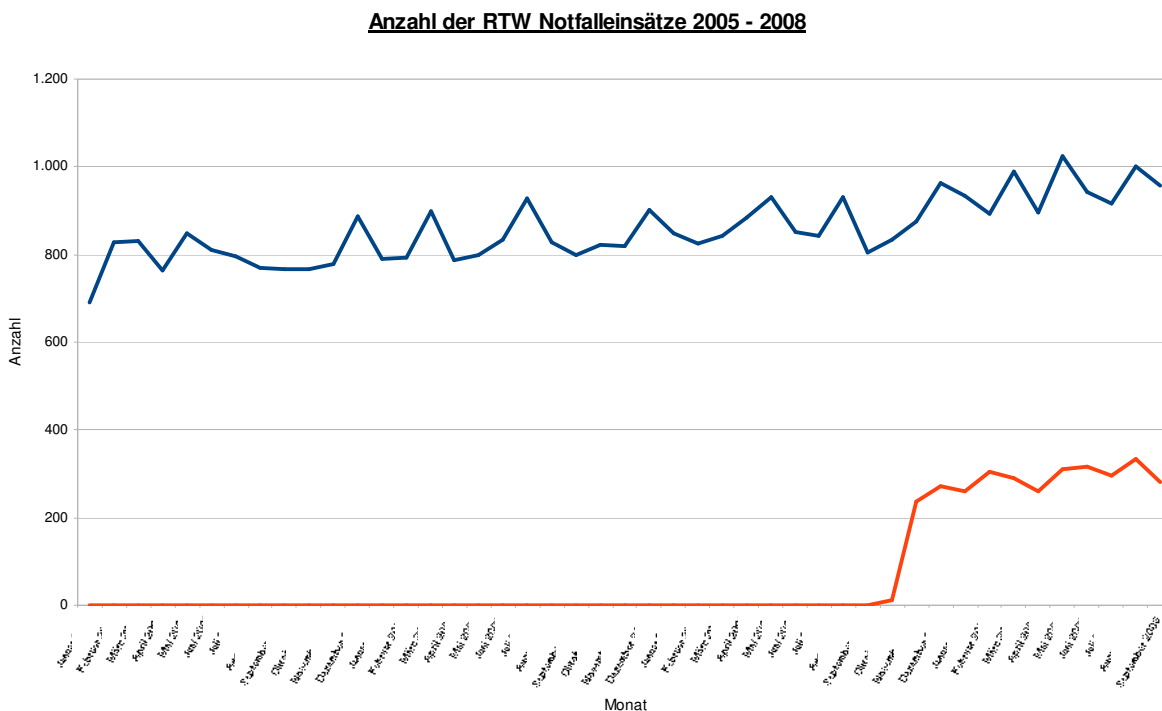
Diagramm 4 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallalarmierungen über die Jahre 2005 bis 2008.

Der Anstieg der Gesamtnotfallanfahrten beträgt von:

2005 bis 2006: +3,3%

2006 bis 2007: +3,5%

2007 bis 2008: +3,1%



Jahr	2005	2006	2007	2008
Anzahl	9540	10002	10433	11401

Diagramm 5 - Anzahl der Rettungswageneinsätze im Verlauf von 2005 bis 2008

Diagramm 5 zeigt die Gesamtzahl an Rettungswagenalarmierungen im zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2008.

Durch die blaue Linie werden die Gesamtalarmierungen dargestellt. Durch die rote Linie werden die Alarmierungen mit dem Stichwort „R0“ gezeigt, welches im Oktober 2007 erstmalig eingeführt wurde. Dieses Stichwort ist die explizite Anforderung eines Rettungswagens zu einem Notfalleinsatz, jedoch ohne den Gebrauch von Sonderrechten (Blaulicht u. Martinhorn).

Diese Differenzierung ist notwendig und extrem wichtig, da diese Einsätze nicht als bemessungsrelevante Fahrten zum Hilfsfristerreichungsgrad einbezogen werden.

Auf den folgenden Seiten zwölf werden die einzelnen Rettungswachenstandorte zahlenmäßig beschrieben und die Rettungswachenversorgungsbereiche hinsichtlich ihrer Frequenz an Fahrzeugen dargestellt.

Wachbereich Bergneustadt und RTW Bergneustadt

Das Diagramm 6 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallfahrten des Rettungswagens Bergneustadt über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallfahrten beträgt 8%.

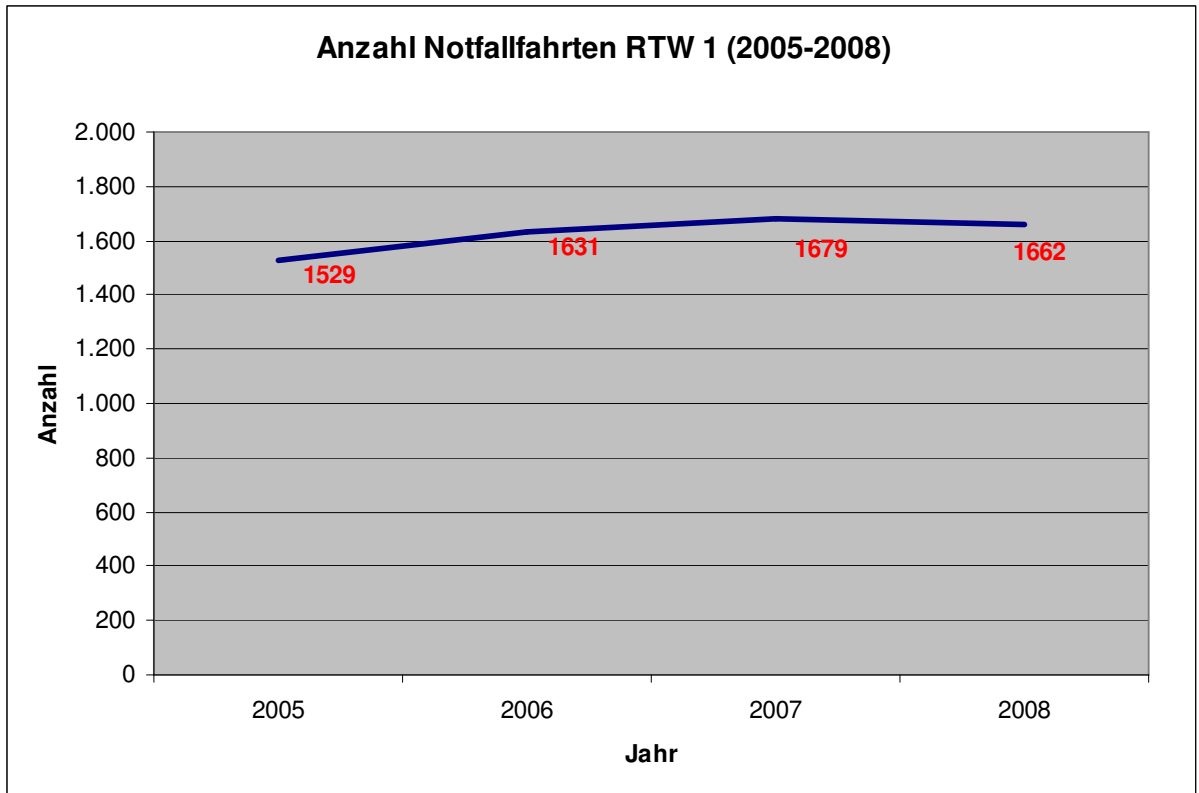


Diagramm 6 - Notfallfahrten des RTW Bergneustadt im Verlauf 2005-2008

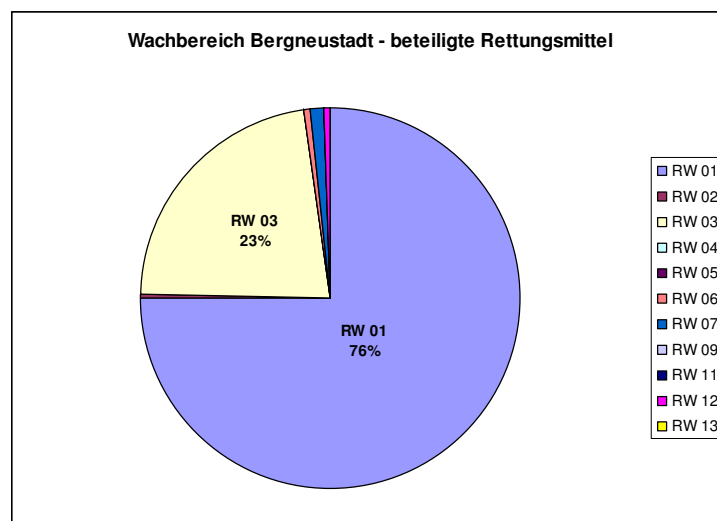


Diagramm 7 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Bergneustadt im Jahr 2008

Wachbereich Engelskirchen und RTW Engelskirchen

Das Diagramm 8 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallanfahrten des Rettungswagens Engelskirchen über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallanfahrten beträgt 13%.

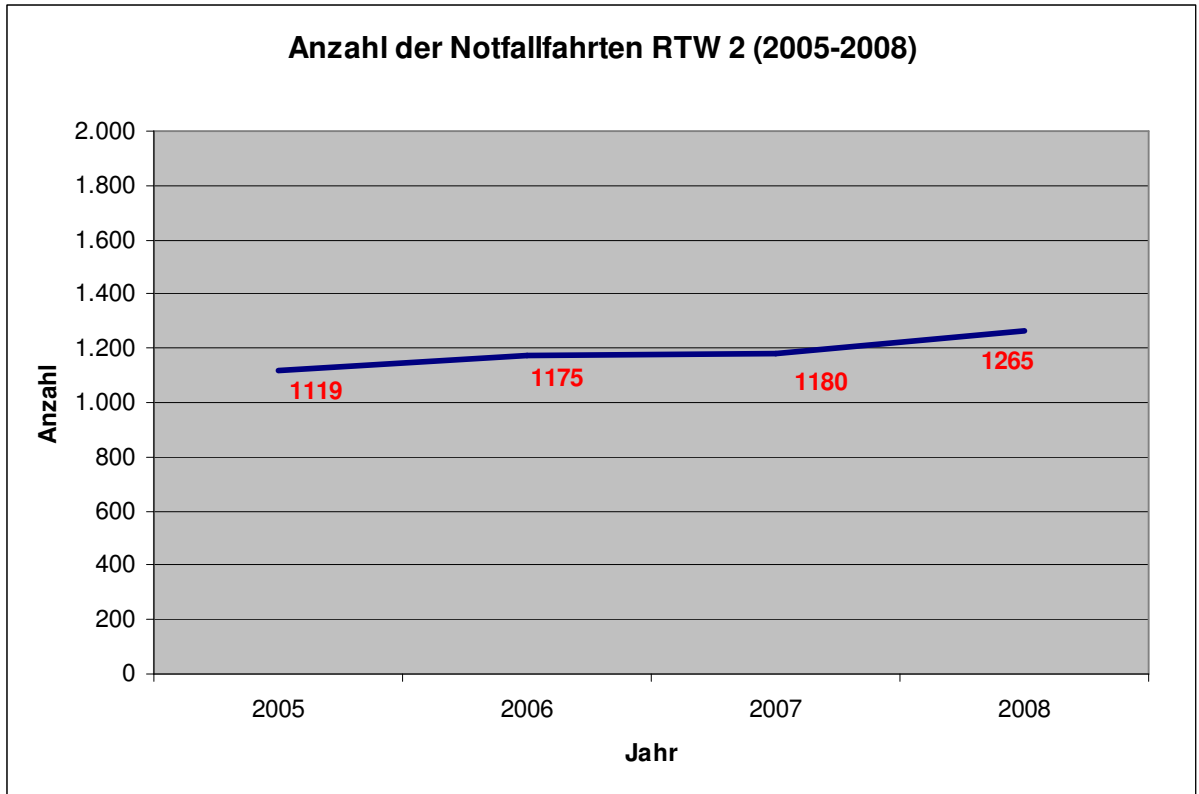


Diagramm 8 - Notfallfahrten des RTW Engelskirchen im Verlauf 2005 – 2008

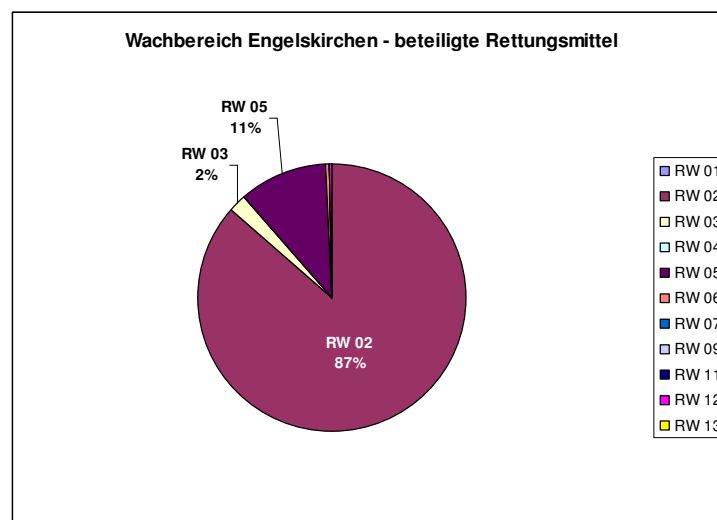


Diagramm 9 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Engelskirchen im Jahr 2008

Wachbereich Gummersbach und RTW Gummersbach

Die Diagramme 10 und 11 zeigen die Gesamtanzahl an Notfallanfahrten der beiden in Gummersbach stationierten Rettungswagen über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallanfahrten beträgt 13% und 15%.

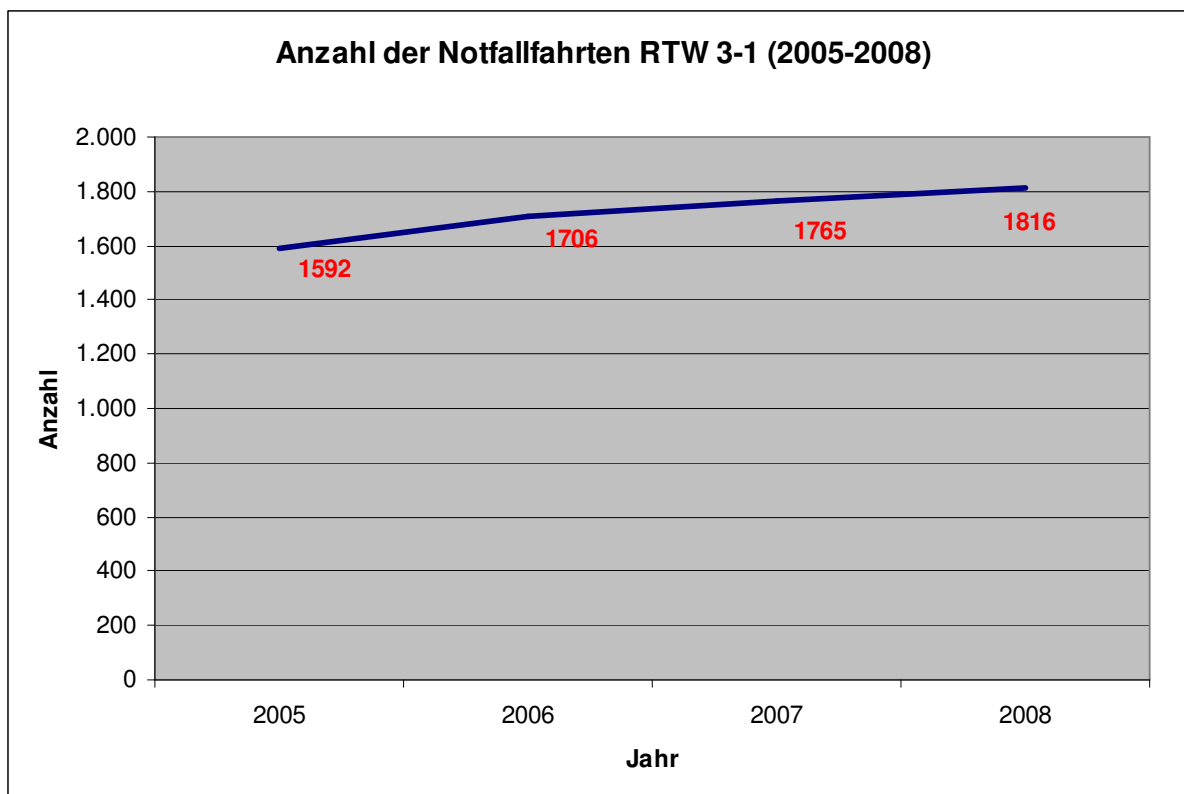


Diagramm 10 - Notfallfahrten des RTW Gummersbach (3-83-1) im Verlauf 2005 – 2008

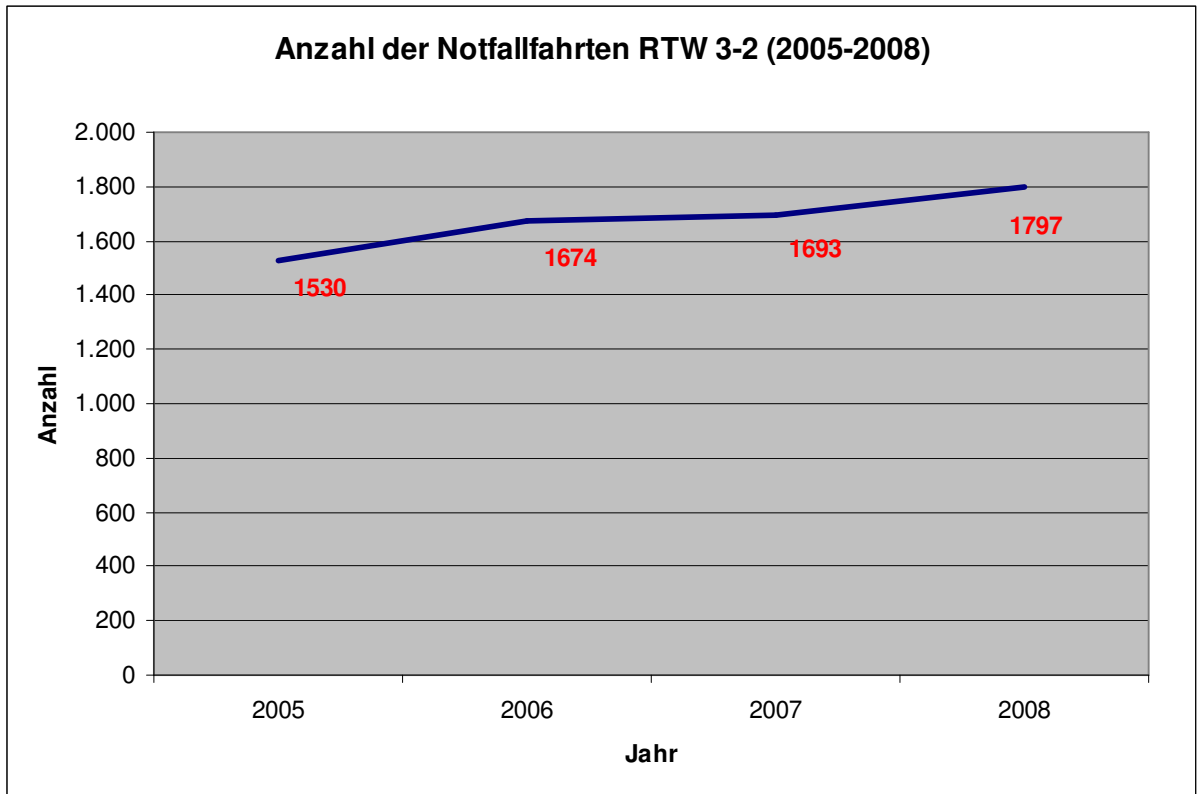


Diagramm 11 - Notfallfahrten des RTW Gummersbach (3-83-2) im Verlauf 2005 – 2008

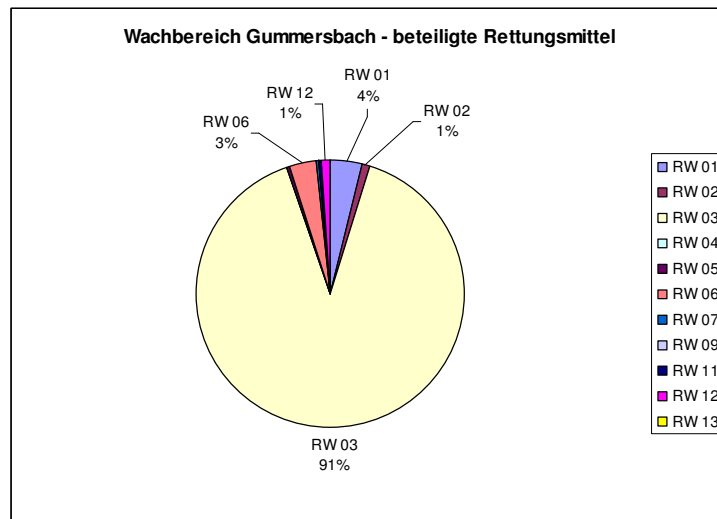


Diagramm 12 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Gummersbach im Jahr 2008

Wachbereich Hückeswagen und RTW Hückeswagen

Das Diagramm 13 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallanfahrten des Rettungswagens Hückeswagen über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallanfahrten beträgt 9%.

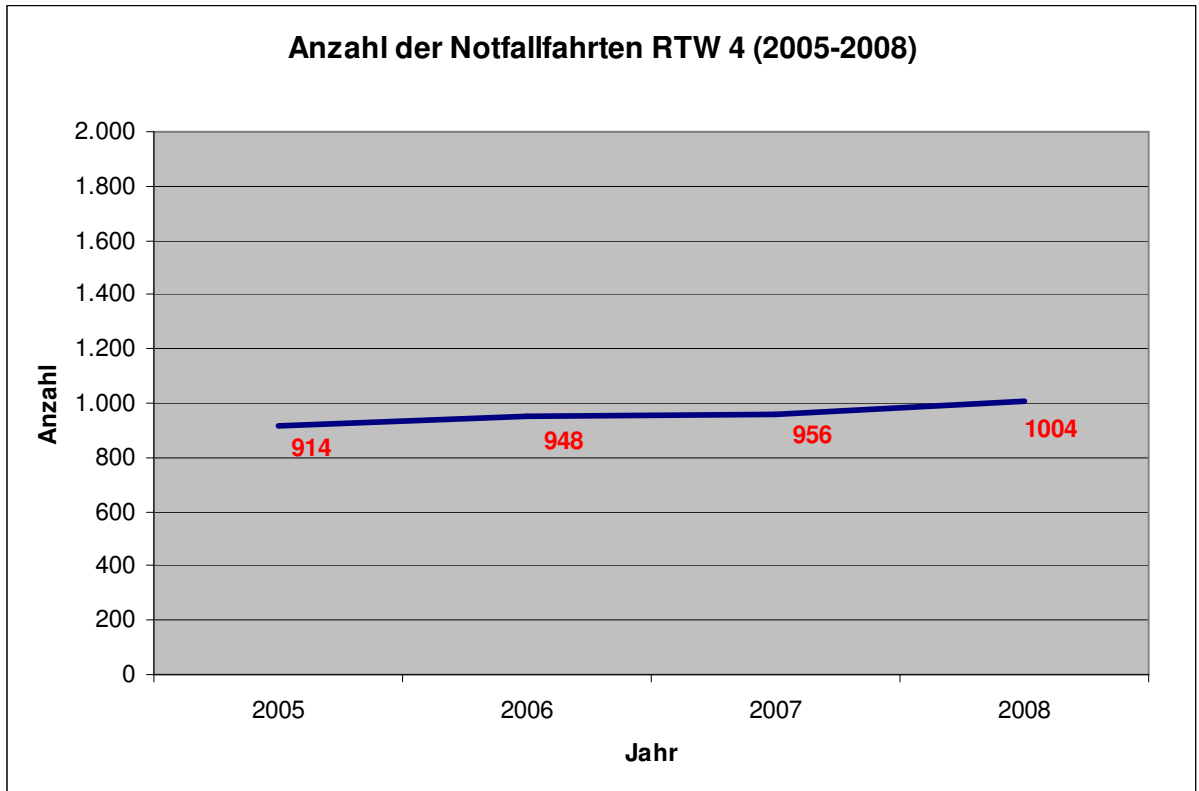


Diagramm 13 - Notfallfahrten des RTW Hückeswagen im Verlauf 2005 – 2008

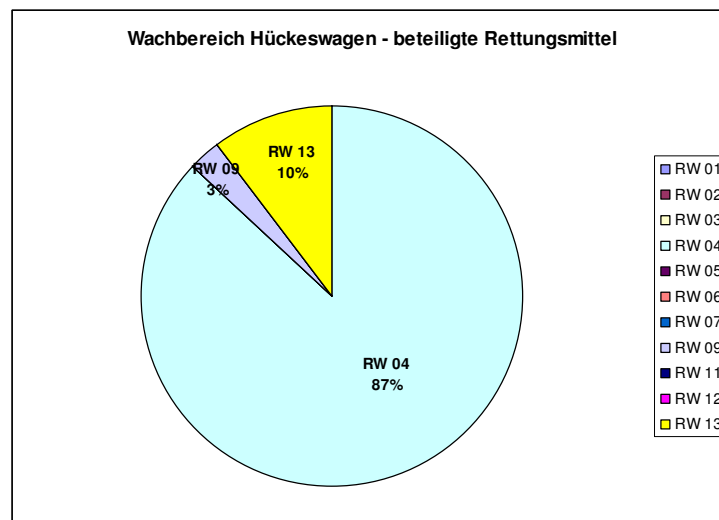


Diagramm 14 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Hückeswagen im Jahr 2008

Wachbereich Lindlar und RTW Lindlar

Das Diagramm 15 zeigt die Gesamtanzahl an Notfalleinfahrten des Rettungswagens Lindlar über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfalleinfahrten beträgt 5%.

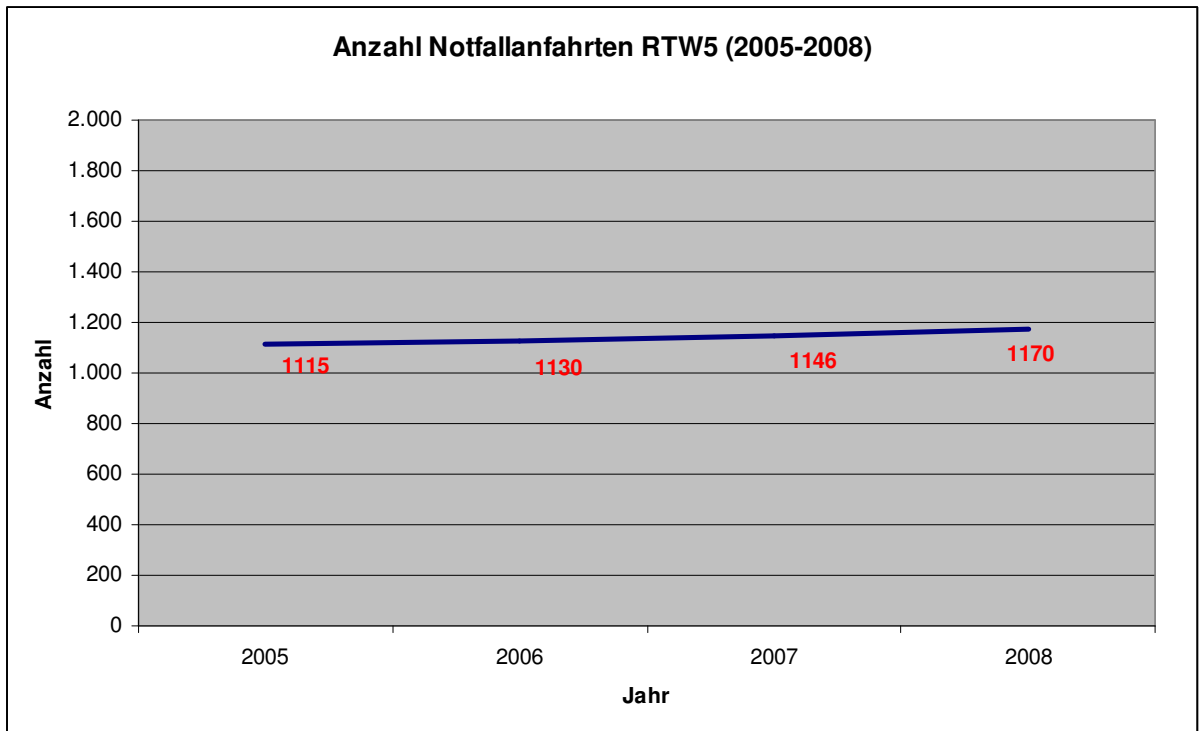


Diagramm 15 - Notfalleinfahrten des RTW Lindlar im Verlauf 2005 – 2008

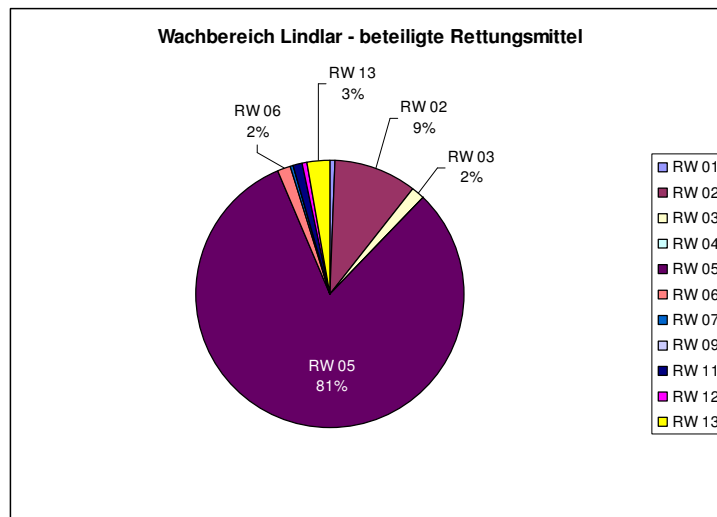


Diagramm 16 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Lindlar im Jahr 2008

Wachbereich Marienheide und RTW Marienheide

Das Diagramm 17 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallanfahrten des Rettungswagens Marienheide über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallanfahrten beträgt 11%.

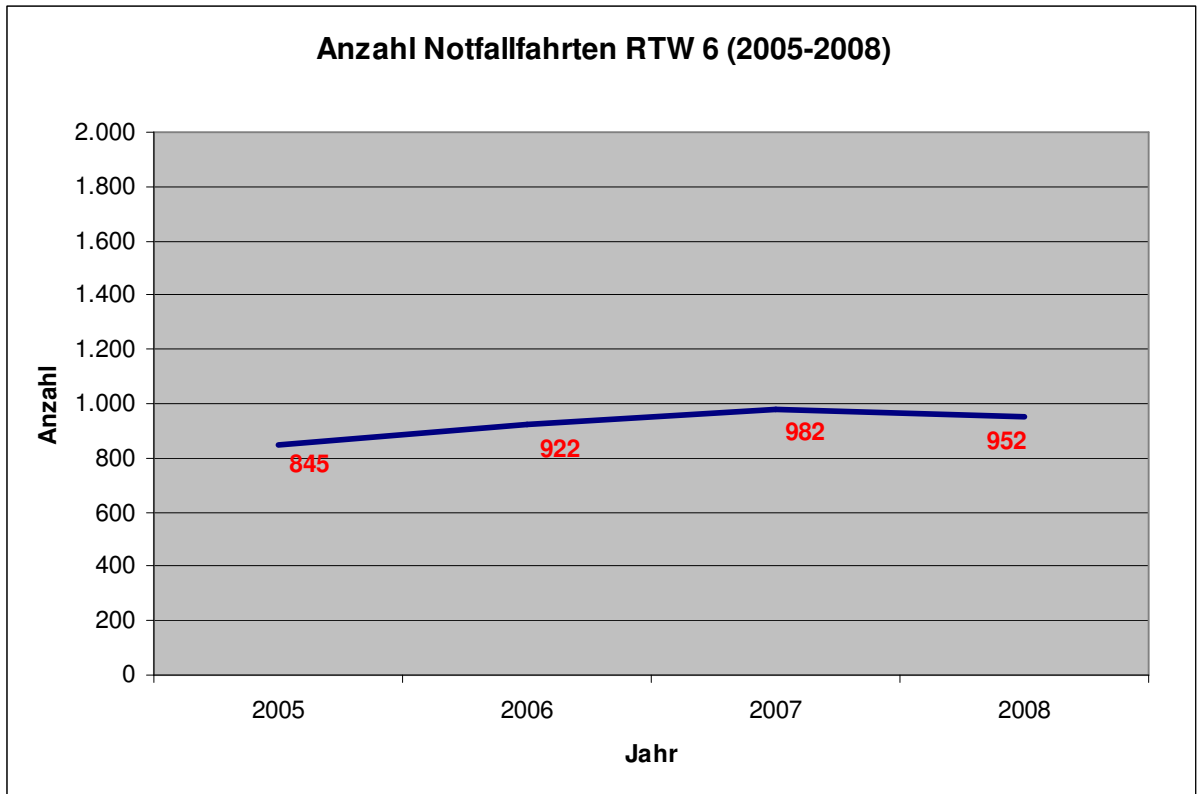


Diagramm 17 - Notfallfahrten des RTW Marienheide im Verlauf 2005 – 2008

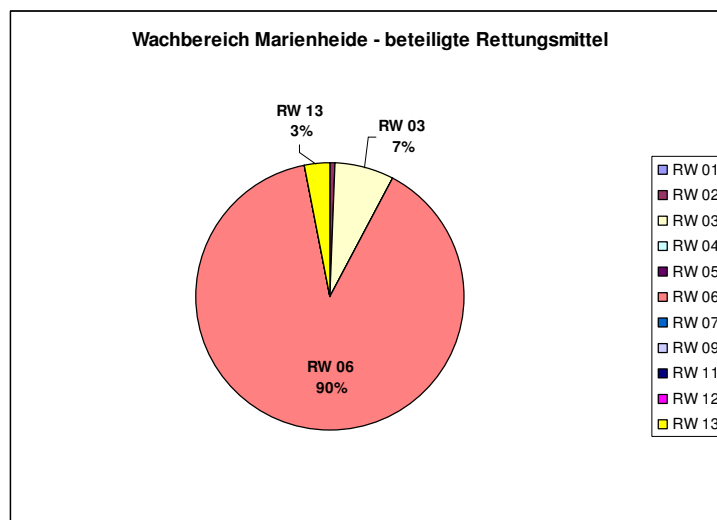


Diagramm 18 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Marienheide im Jahr 2008

Wachbereich Lichtenberg und RTW Lichtenberg

Das Diagramm 19 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallanfahrten des Rettungswagens Lichtenberg über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallanfahrten beträgt 16%.

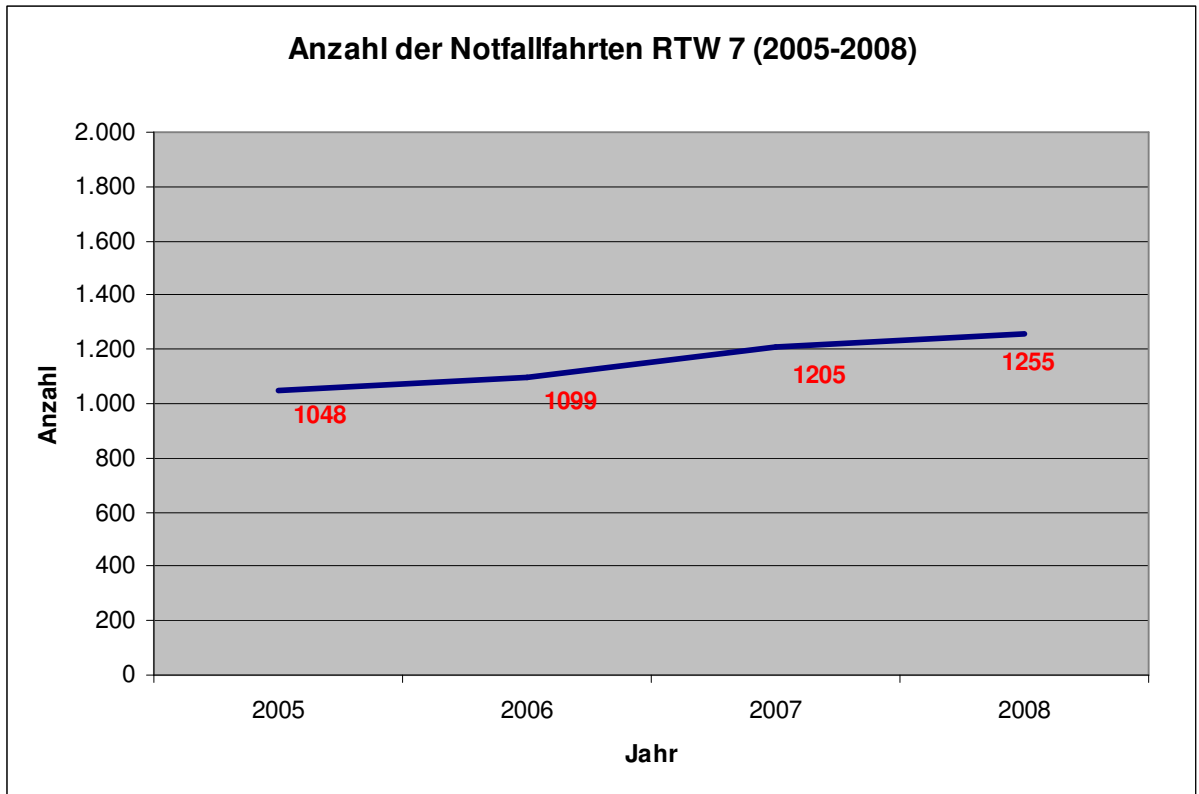


Diagramm 19 - Notfallfahrten des RTW Lichtenberg im Verlauf 2005 – 2008

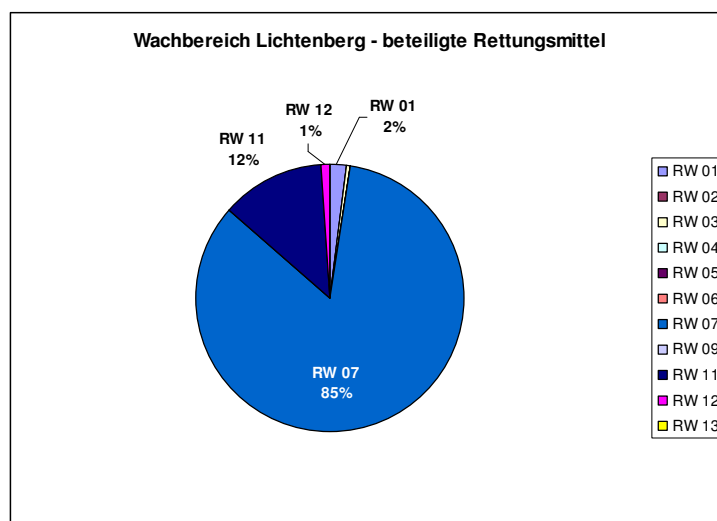


Diagramm 20 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Lichtenberg im Jahr 2008

Wachbereich Radevormwald und RTW Radevormwald

Das Diagramm 21 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallanfahrten des Rettungswagens Radevormwald über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallanfahrten beträgt 7%.

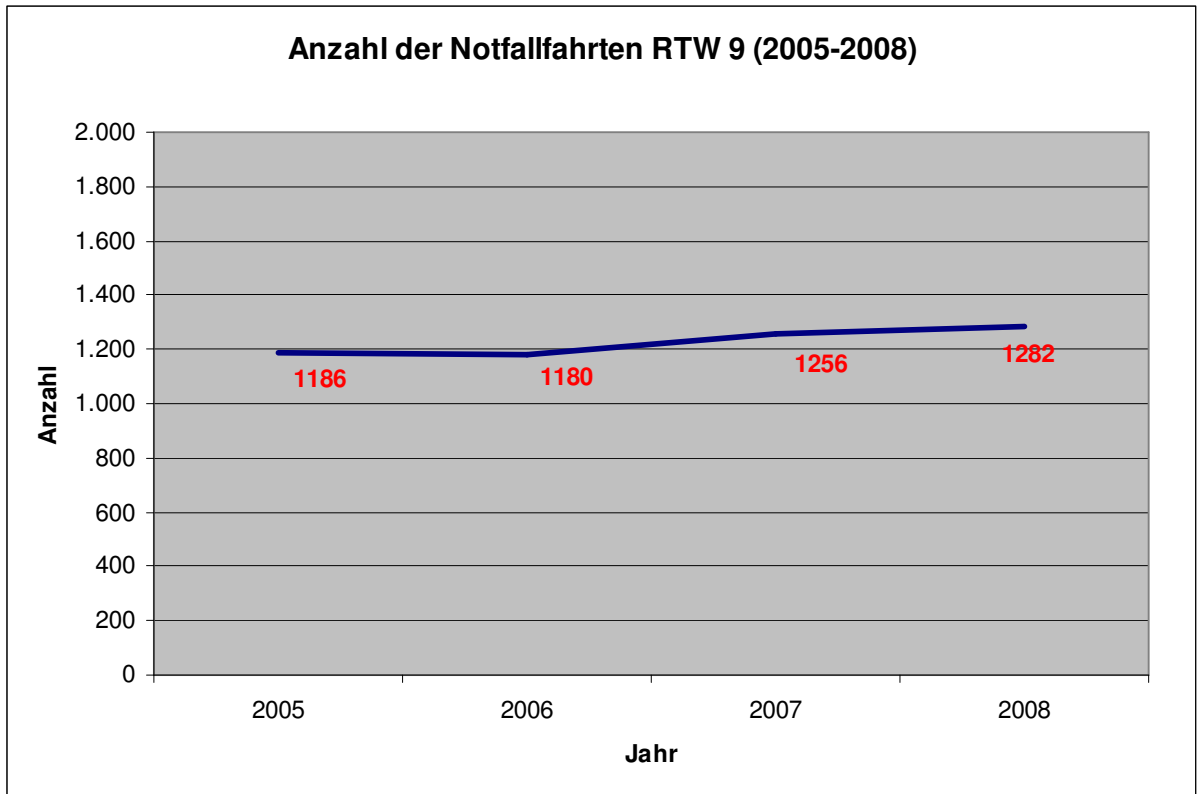


Diagramm 21 - Notfallfahrten des RTW Radevormwald im Verlauf 2005 – 2008

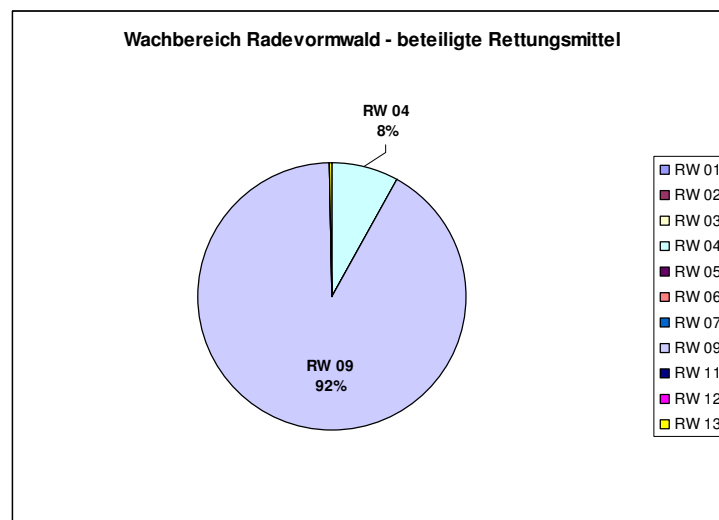


Diagramm 22 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Radevormwald im Jahr 2008

Wachbereich Waldbröl und RTW Waldbröl

Das Diagramm 23 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallanfahrten des Rettungswagens Waldbröl über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallanfahrten beträgt 14%.

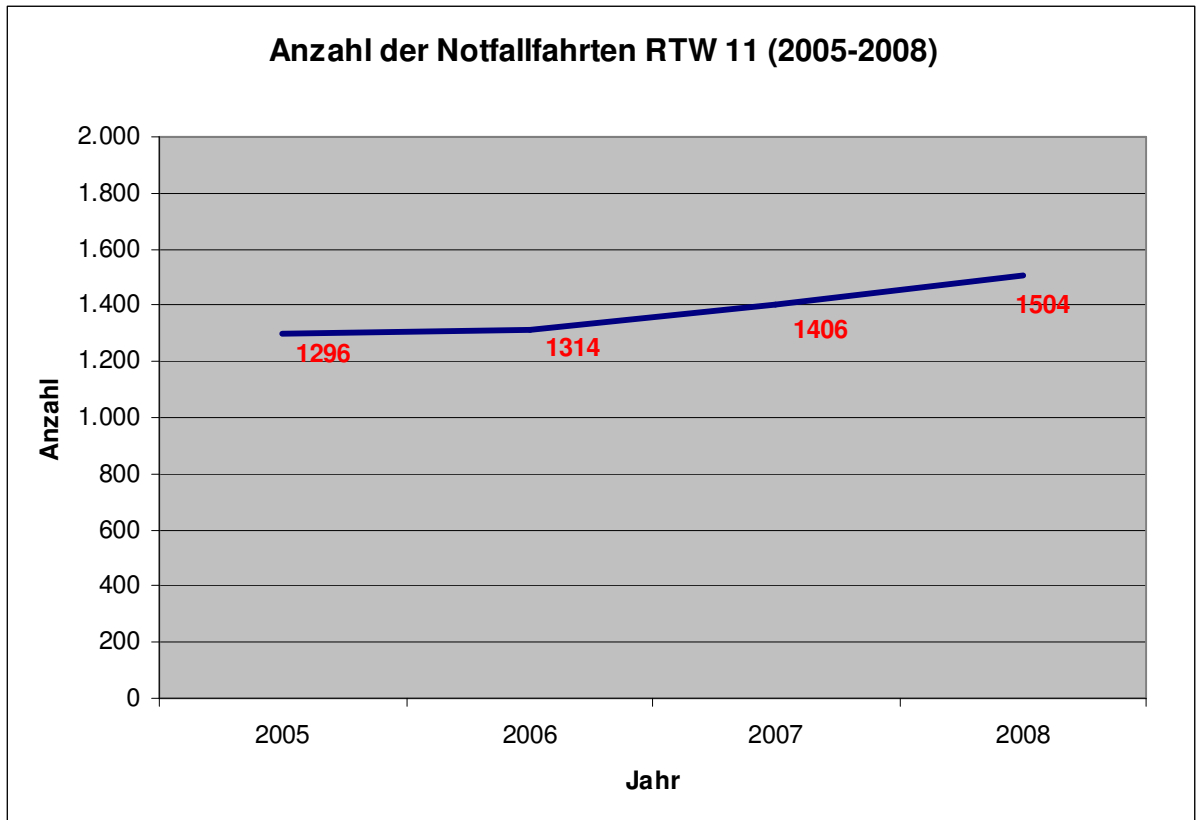


Diagramm 23 - Notfallfahrten des RTW Waldbröl im Verlauf 2005 – 2008

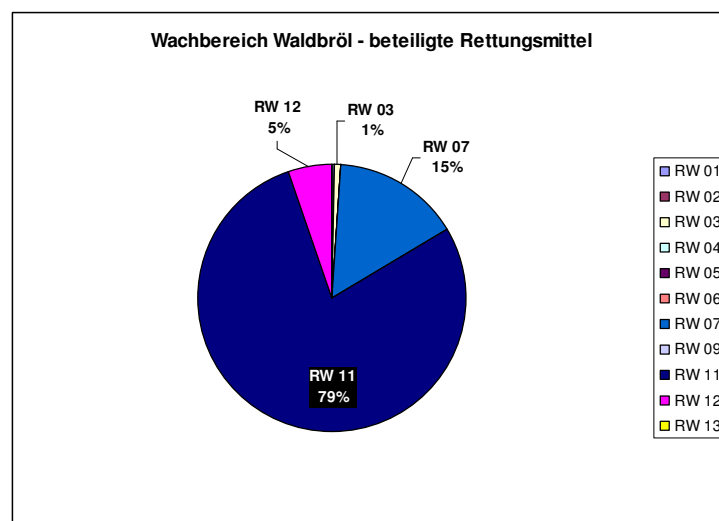


Diagramm 24 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Waldbröl im Jahr 2008

Wachbereich Eisenroth und RTW Eisenroth

Das Diagramm 25 zeigt die Gesamtanzahl an Notfallanfahrten des Rettungswagens Eisenroth über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfallanfahrten beträgt 9%.

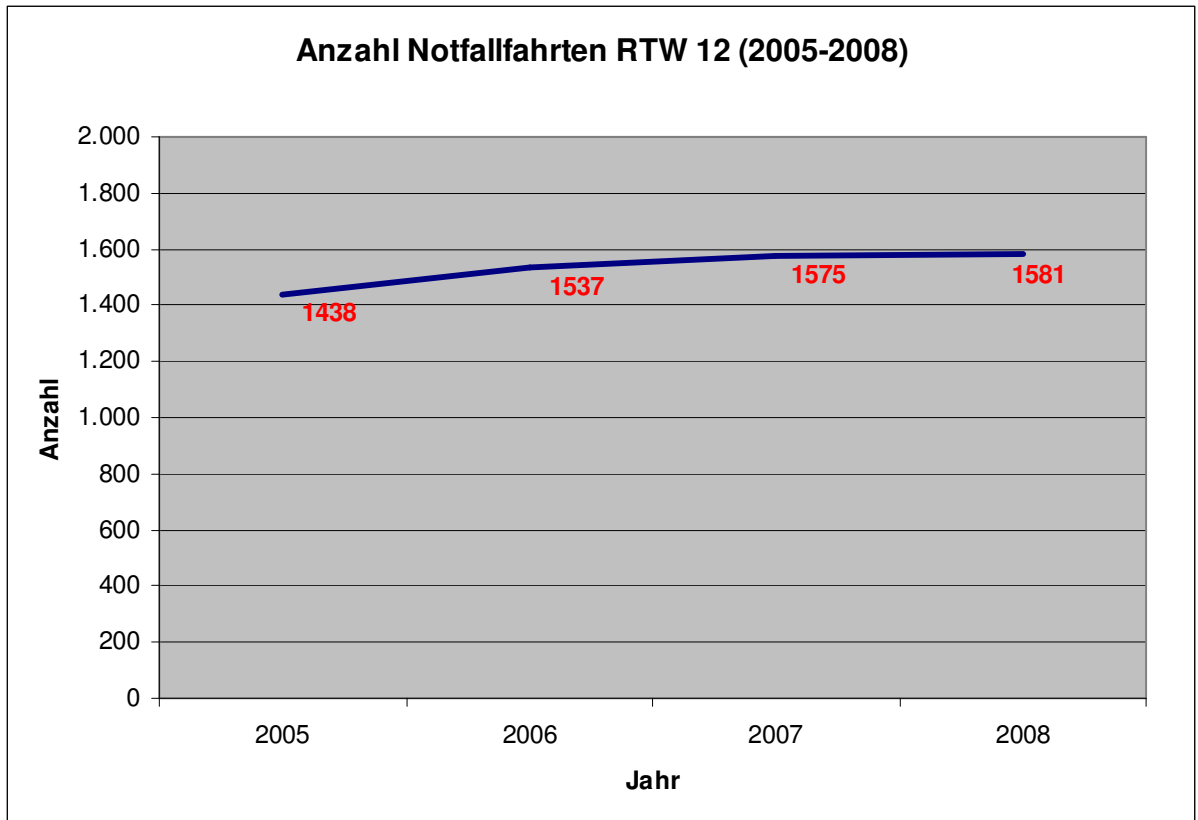


Diagramm 25 - Notfallfahrten des RTW Eisenroth im Verlauf 2005 – 2008

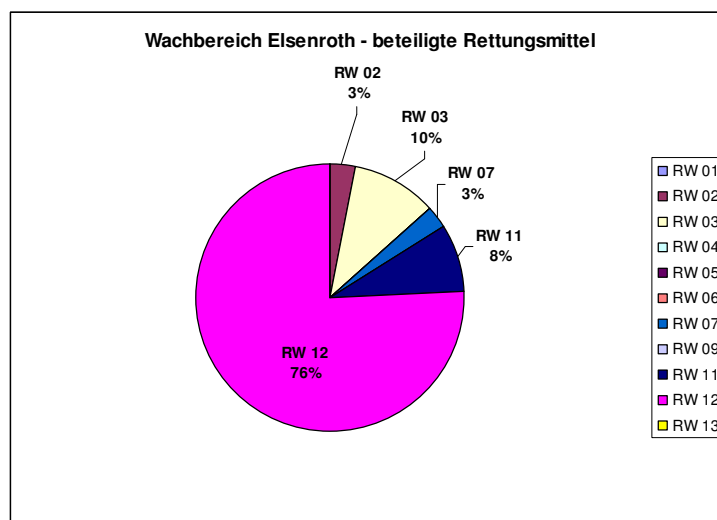


Diagramm 26 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Eisenroth im Jahr 2008

Wachbereich Wipperfürth und RTW Wipperfürth

Das Diagramm 27 zeigt die Gesamtanzahl an Notfalleinfahrten des Rettungswagens Wipperfürth über die Jahre 2005 bis 2008. Die Steigerung der Anzahl der Notfalleinfahrten beträgt 9%.

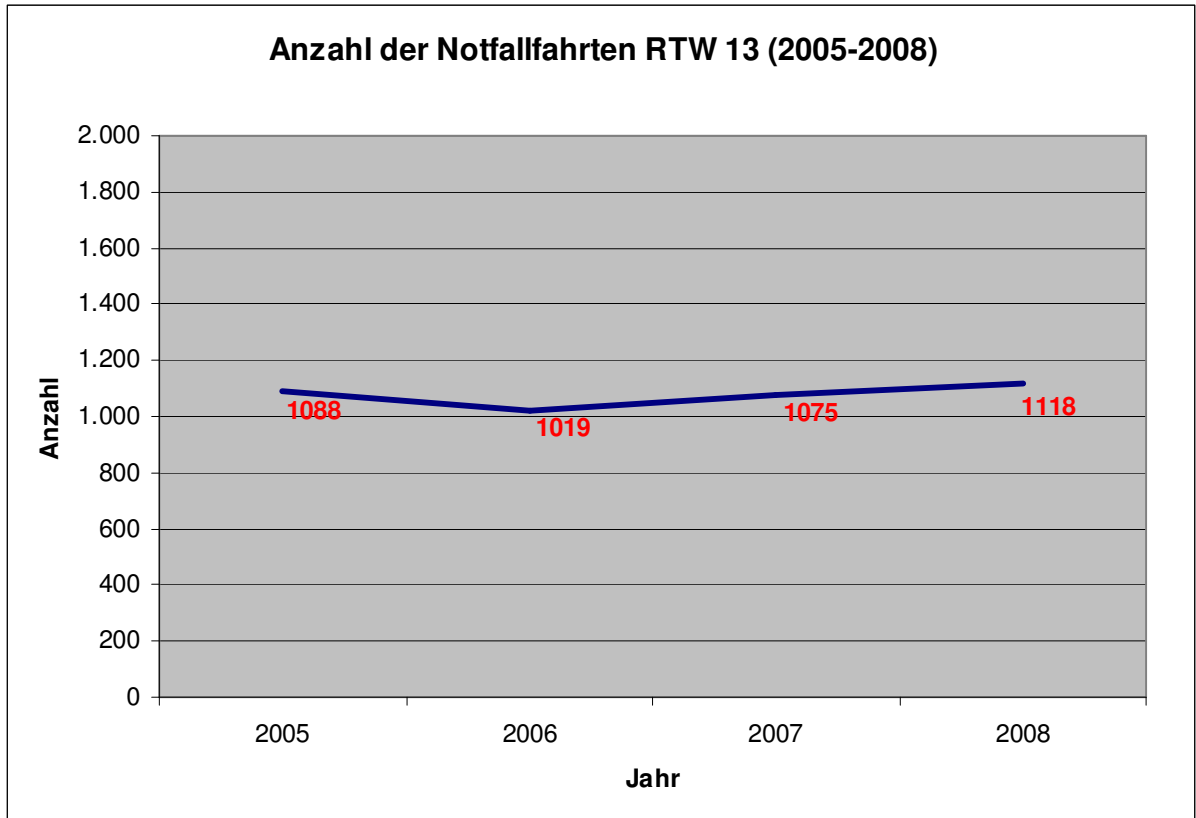


Diagramm 27 - Notfalleinfahrten des RTW Wipperfürth im Verlauf 2005 – 2008

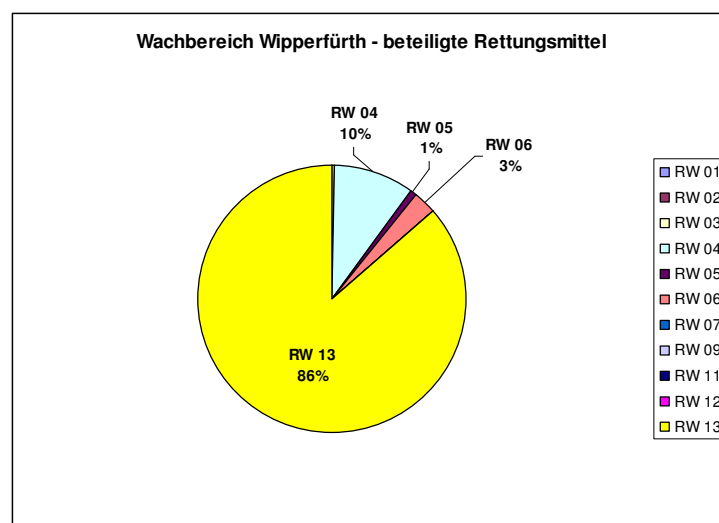


Diagramm 28 - Beteiligte Rettungsmittel im Wachbereich Wipperfürth im Jahr 2008

2.4.4 Globalstruktur der eingesetzten Rettungsmittel

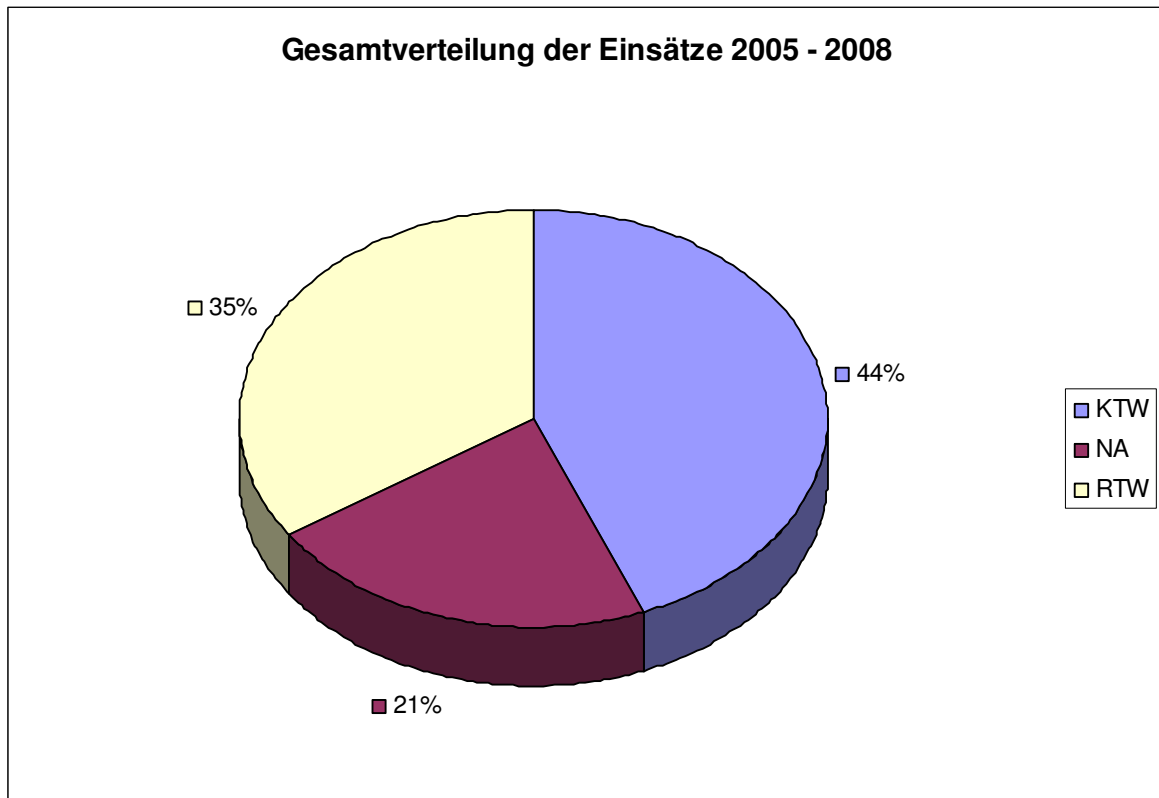


Diagramm 29 - Gesamtverteilung der Einsätze im Oberbergischen Kreis

Diagramm zeigt die Gesamtverteilung der Einsätze des Rettungsdienstes in den Jahren 2005 bis 2008. Unterschieden werden die Einsätze der Notfallrettung mit und ohne Notarzt, sowie die Einsätze des Krankentransportes.

Anmerkung:

Bundesweite Einsatzzahlen im Vergleich (Erfassung aus den Jahren 2004 und 2005)

10,2 Millionen Einsätze mit 12,1 Millionen Einsatzfahrten.

Die Einsatzrate beträgt 123 Einsätze pro 1000 Einwohner und Jahr.

46% des Einsatzaufkommens werden durch Leitstellenpersonal als Notfall eingestuft.

54% des Einsatzaufkommens entfallen auf die Kategorie Krankentransport.

Für den Oberbergischen Kreis ergibt dieser Vergleich:

290.000 Einwohner \triangleq 35.670 zu erwartende Einsätze pro Jahr.

Der Oberbergische Kreis hat eine Gesamtanzahl von 30.000 Einsätzen pro Jahr.

Davon entfallen 44% auf den Bereich des Krankentransportes und 56% auf den Bereich der Notfallrettung.

2.4.5 Hilfsfrist, Ausrückzeit, Gesamtdauer

In Oberberg soll in 90 % aller Notrufe innerhalb von 12 Minuten Hilfe vor Ort sein (planerische Hilfsfrist). Bisher konnte die Einhaltung dieser Hilfsfrist nur bezogen auf das Gesamtgebiet des Oberbergischen Kreises überprüft werden.

Aufgrund der neu eingesetzten wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden wurden nun erstmals die Versorgungsgebiete der einzelnen Rettungswachen näher untersucht. Aus der Analyse der vorliegenden Einsatzzahlen ergibt sich, dass die Hilfsfrist an sechs Standorten den geforderten Zielerreichungsgrad von 90 % nicht erreicht, während sie an den anderen fünf Standorten überschritten wird.

Im Hinblick auf den Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit und mit dem Ziel, die Kreisbevölkerung flächendeckend möglichst gleichmäßig mit rettungsdienstlichen Leistungen zu versorgen, wurden für jeden Standort genaue Weg-Zeit-Analysen durchgeführt. Methodik und Ergebnisse sind auf den folgenden 21 Seiten dargestellt.

Die Tabelle 7 zeigt die Jahre 2007 und 2008 und stellt den dort erreichten prozentualen Grad der Hilfsfristerfüllung dar.

Zielbereich	Erreichungsgrad 2007 [%]	Erreichungsgrad 2008 [%]
RW 01	81,69	81,62
RW 02	89,60	88,52
RW 03	93,35	92,90
RW 04	94,16	95,52
RW 05	87,21	88,50
RW 06	88,00	89,29
RW 07	81,41	80,29
RW 09	88,75	91,25
RW 11	91,70	93,17
RW 12	82,71	82,04
RW 13	93,85	94,52

Tabelle 7 - Hilfsfristerreichungsgrad 2007 und 2008

In Tabelle 8 werden die Ausrückzeiten der einzelnen Rettungswachenstandorte in den Jahren 2007 und 2008 dargestellt.

	durchschnittliche Ausrückzeit 2007 [s]	durchschnittliche Ausrückzeit 2008 [s]
RW 01	123,01	116,16
RW 02	104,91	83,04
RW 03	104,16	90,43
RW 04	106,22	94,18
RW 05	120,02	102,25
RW 06	76,6	71,29
RW 07	95,88	80,31
RW 09	113,91	84,96
RW 11	106,83	91,03
RW 12	95,75	83,85
RW 13	88,89	84,67
Ø	103,29	89,29

Tabelle 8 - Ausrückzeiten der RTW

In Tabelle 9 werden die Ausrückzeiten der einzelnen Notarztstandorte in den Jahren 2007 und 2008 dargestellt.

	durchschnittliche Ausrückzeit 2007 [s]	durchschnittliche Ausrückzeit 2008 [s]
NEF 2	103,96	104,5
NEF 3	125,31	128,18
NEF 11	119,63	123,92
NEF 13	132,63	139,66
Ø	120,38	124,06

Tabelle 9 - Ausrückzeiten der NEF

Tabelle 10 beschreibt die Zeitabschnitte innerhalb eines Rettungsdiensteinsatzes. Dargestellt wird die durchschnittliche Annahmezeit eines Notrufes, die durchschnittliche Einsatzdauer und die Zeit, die ein Rettungsmittel vom Eintreffen im Krankenhaus bis zum einsatzbereiten Eintreffen am Rettungswachenstandort benötigt.

	durchschnittliche Annahmezeit des Disponenten [s]	durchschnittliche Dauer des Einsatzes [m]	durchschnittliche Zeit Status 8 bis 2 ⁴ [m]
RW 01	53,30	82,10	34,70
RW 02	54,00	62,91	17,32
RW 03	55,41	59,48	17,01
RW 04	54,68	73,11	25,20
RW 05	52,24	67,81	22,24
RW 06	56,74	74,94	28,13
RW 07	54,79	75,24	30,77
RW 09	57,54	55,07	19,12
RW 11	54,63	92,60	17,93
RW 12	54,01	78,00	31,37
RW 13	54,05	53,91	13,05
Ø	54,67	70,47	23,35

Tabelle 10 - Ø Dauer bei signifikanten Zeitabschnitten im Jahr 2008

Ergebnisdiskussion:

Aus den erfassten Zeiten für die Hilfsfristen eines jeden Versorgungsbereiches ergeben sich, dass der geforderte Zielerreichungsgrad von 90 % an den Standorten

- Bergneustadt
- Engelskirchen
- Lindlar
- Marienheide
- Lichtenberg
- Elsenroth

im Jahr 2008 **nicht** erreicht wird.

⁴ FMS Status 8 bis 2 bezeichnet den Zeitabschnitt vom Eintreffen des Rettungsmittels im Krankenhaus bis zum einsatzbereiten Eintreffen auf der Rettungswache

Die planerische Hilfsfrist ist durch vier Kriterien determiniert.

- A: Ausrückzeit
- B: Die Größe des Rettungswachenversorgungsbereiches
- C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Einsatzfahrzeugen an einer bedarfsgerechten Rettungswache.
- D: Sonstige wachbereichsspezifischen Kriterien

Die vorgenannten Kriterien werden in den entsprechenden Kapiteln untersucht und in einer abschließenden Bewertung im Kapitel 2.7 dargestellt.

2.4.6 Weg-Zeit-Analyse

Es muss die bedarfsgerechte Anzahl der Rettungswachenstandorte im Kreisgebiet ermittelt bzw. vorhandene Standorte müssen überprüft werden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Oberbergischen Kreis die bestehenden Rettungswachenversorgungsbereiche historisch gewachsen sind.

Diese waren am:

- Kreiskrankenhaus Gummersbach
- Kreiskrankenhaus Waldbröl
- St. Josef Krankenhaus Wipperfürth
- Herz Jesu Krankenhaus Lindlar
- St. Josef Krankenhaus Engelskirchen
- Johanniter Krankenhaus Radevormwald.

Zu den bestehenden Rettungswachen an den Krankenhäusern wurden im Laufe der Jahre Nebenwachen, der am Krankenhaus stationierten Wachen gegründet, welche nicht an ein Krankenhaus angebunden sind.

- Standort Bergneustadt
- Standort Hückeswagen
- Standort Marienheide
- Standort Lichtenberg
- Standort Elsenroth

Die Gebietsveränderungen und Erweiterungen, wie auch die bestehenden Rettungswacheneinsatzbereiche, waren empirisch begründet.

Bei einer ersten systematischen Überprüfung erwies sich, dass das geplante Gebiet der Versorgungsbereiche häufig größer war, als das tatsächlich erreichte Gebiet, welches innerhalb der planerischen Hilfsfrist erreichbar ist.

2.4.6.1 Methodik

Bevorzugte Lage der Rettungswachen bei der Standortplanung sind Einsatzschwerpunkte, so dass in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Notfälle bedienbar sind.

Im Oberbergischen Kreis war primär keine Neuplanung nach diesen Kriterien erforderlich, sondern eine Überprüfung der vorhandenen Standorte hinsichtlich ihrer Erreichbarkeiten innerhalb der gesetzlichen Hilfsfrist.

Durch die Raum-Zeit-Analyse hinsichtlich der Erreichbarkeiten wird erörtert, ob ein Rettungswachenstandort als *bedarfsgerecht* gilt.

Eine *bedarfsgerechte Rettungswache* wie folgt definiert:

„Eine bedarfsgerechte Rettungswache kann, unter Berücksichtigung der Verkehrserschließung und der topographischen Gegebenheiten, alle zu versorgenden Gebietsteile des Rettungswachenversorgungsbereiches planerisch innerhalb der Hilfsfrist vom Standort der Rettungswache aus über öffentliche Straßen erreichen.“ (SCHMIEDEL, BEHREND, BETZLER, Bedarfsplanung im Rettungsdienst, 2004)

Wichtig hierbei ist:

Die Raum-Zeit-Analyse betrachtet nicht Faktoren wie z.B. die Ausrückzeit eines Rettungsmittels und nicht die Bediensicherheit⁵ eines Standortes.

Hinsichtlich der Bediensicherheit erfolgt eine separate Analyse nach der Berechnungsmethode von Poisson in Kapitel IV 2.6 (Seite 96 ff.)

⁵ Bediensicherheit meint eine ausreichende Anzahl von Rettungsmitteln an einem Rettungswachenstandort vorzuhalten, um die anfallende Anzahl von Notfällen adäquat abarbeiten zu können.

Um einen *bedarfsgerechten Standort* zu ermitteln muss eine genaue Erreichbarkeitsuntersuchung des Rettungswachenversorgungsgebietes erfolgen.

Hierzu ist eine zweistufige Analyse notwendig:

1. Ermittlung der Weg-Zeit-Struktur des Versorgungsgebietes mit Sonder- und Wegerechten
2. Vektorisierung der Befahrungsergebnisse in einem Straßennetzplan, um auch nicht befahrene Straßenabschnitte simulieren zu können.

Durch die Vektorisierung ist es möglich sogenannte „Isochronen“ (sinngem. Gleichzeitigkeiten [iso = (gr.) gleich, chronos = (gr.)Die Zeit]) zu berechnen.

2.4.6.2 Durchführung der Weg-Zeit Analyse

Es wurde eine genau protokollierte Befahrung des Versorgungsgebietes mit Sonder- und Wegerechten durchgeführt. Die befahrenen Strecken werden hierbei durch Messstrecken (Messpunkte) unterteilt.

Gefahren wird zu jeder Tageszeit und Verkehrslage.

Ergebnis ist eine separate Durchschnittsgeschwindigkeit pro Straßenkategorie für das jeweilige Rettungswachenversorgungsgebiet.

Zur Vektorisierung der Geschwindigkeitsprofile in den Rettungswachenversorgungsgebieten gibt es verschiedene Softwarelösungen.

2.4.6.3 Durchführung der Einsatzgebietsbefahrungen

Im Oberbergischen Kreis wurde für jedes Rettungswachenversorgungsgebiet eigene Befahrungen durchgeführt. Es wurde jeweils morgens im Berufsverkehr, am frühen Nachmittag und in der Nacht gefahren.

Pro Einsatzgebiet gab es mindestens acht Fahrten pro Tageszeit.

Zur Vektorisierung und zur späteren Darstellung wurde eine spezielle Softwarelösung benutzt, welche die gesammelten Daten grafisch aufbereiten konnte.

Als kreisweite Dispositionszeit wurde mit einer Minute gerechnet, die durchschnittliche Ausrückzeit wurde mit zwei Minuten im Mittel eingerechnet.

Als reine Fahrzeit stehen somit neun Minuten zur Verfügung.

2.4.6.4 Darstellung der Isochronen

Die dargestellten Isochronen wurden mittels des Programms MapInfo generiert und auf eine Deutsche Grundkarte (1:5000) maßstabsgerecht aufgetragen.

2.4.6.5 Ergebnisse der Weg-Zeit Analysen:

Einsatzgebiet Rettungswache Bergneustadt

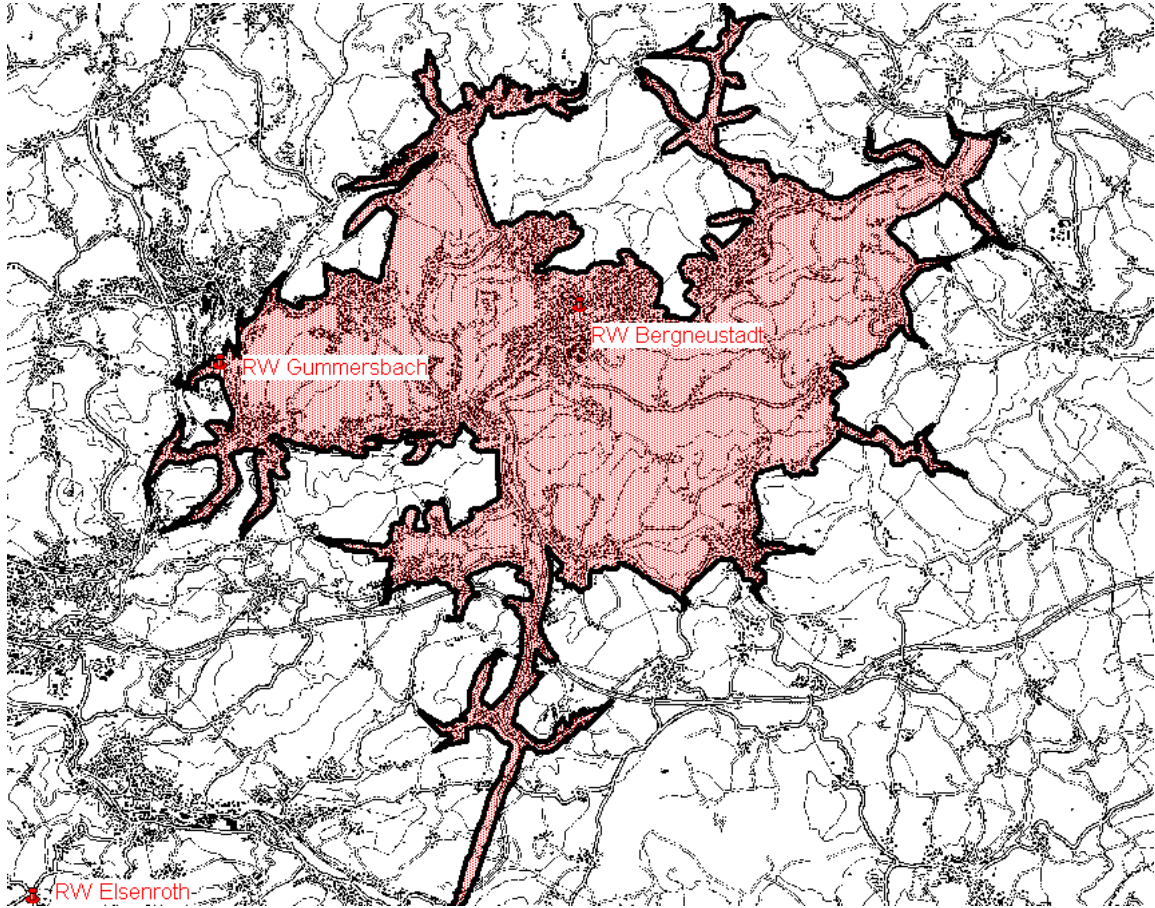


Abbildung 5 - Isochron Rettungswache Bergneustadt

Lagebeschreibung:

Bergneustadt liegt im Osten des Oberbergischen Kreises. Die Stadt Bergneustadt zählt 20.190 Einwohner (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 37,9 km². Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 533 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Bergneustadt:

- nach Norden angrenzend an Gummersbach
- nach Süden angrenzend an Reichshof
- nach Westen angrenzend an Gummersbach
- nach Osten angrenzend an Drolshagen

Das Einsatzgebiet der Rettungswache Bergneustadt hat Anschluss an die

Autobahn A4 Köln – Olpe, Anschluss Reichshof /Bergneustadt, nördlich von Bergneustadt,
 Autobahn A45 Dortmund – Frankfurt, Anschluss Wegeringhausen, südöstlich von Bergneustadt,
 Bundesstrasse B55 Köln – Olpe – Bielefeld und
 Landstrassen in alle Richtungen.

Einsatzgebiet Rettungswache Engelskirchen

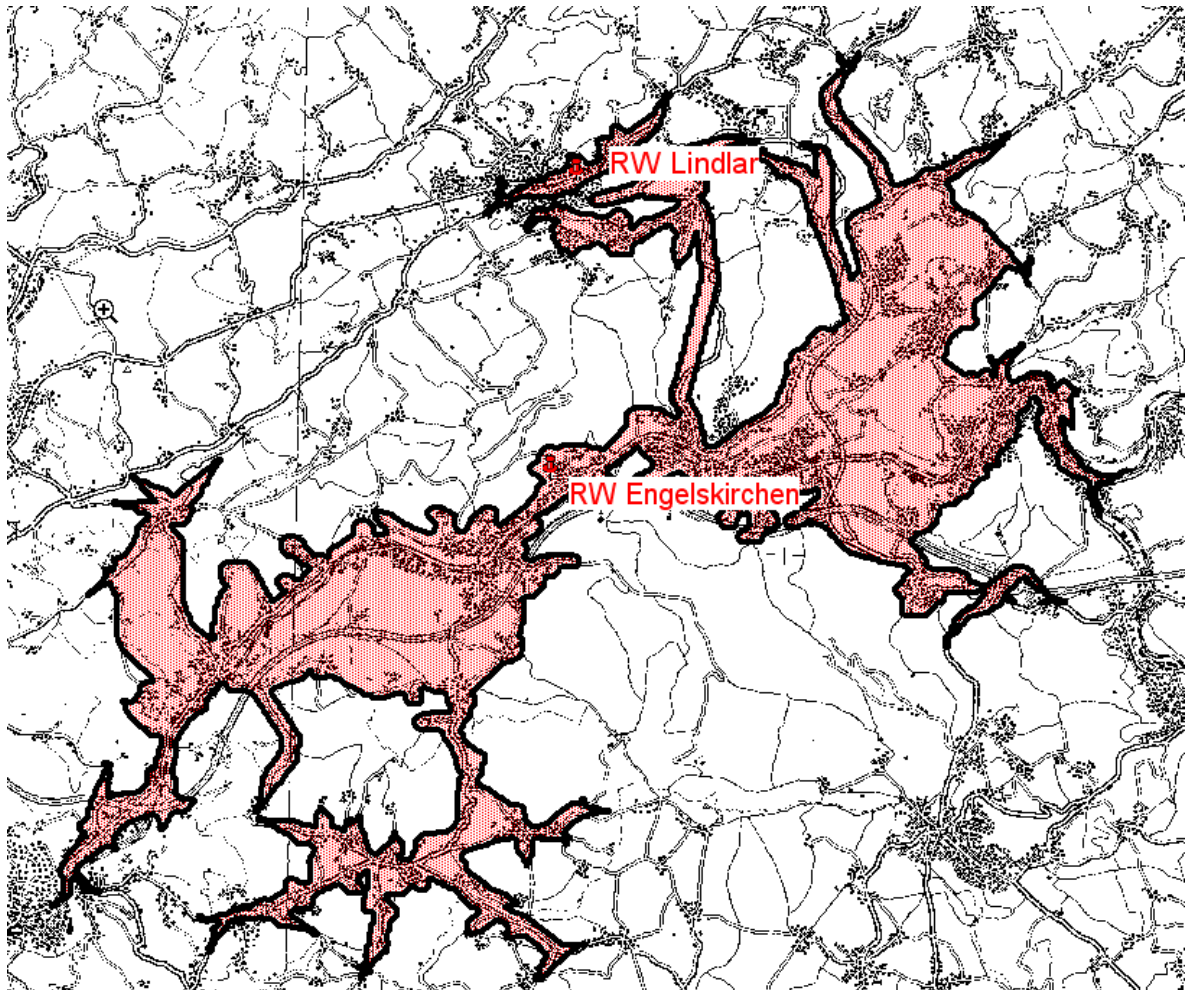


Abbildung 6 - Isochron Rettungswache Engelskirchen

Lagebeschreibung:

Engelskirchen liegt im Westen des Oberbergischen Kreises. Die Stadt Engelskirchen zählt 20.410 Einwohner (Stand 31.12.2007) auf einer Fläche von 63,1 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 324 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Engelskirchen

- nach Norden angrenzend an Gummersbach und Lindlar
- nach Süden angrenzend an Much, Rhein Sieg Kreis
- nach Westen angrenzend an Lindlar und Overath, Rheinisch Bergischer Kreis
- nach Osten angrenzend an Gummersbach und Wiehl

Das Einsatzgebiet der Rettungswache Engelskirchen hat Anschluss an die

Bundesbahn Köln – Olpe, Haltestelle Engelskirchen,
 Autobahn A 4 Köln – Olpe, Anschluss Engelskirchen, südlich von Engelskirchen,
 Bundesstrasse B55 Köln – Olpe und
 Landesstrassen in alle Richtungen.

Einsatzgebiet Rettungswache Gummersbach

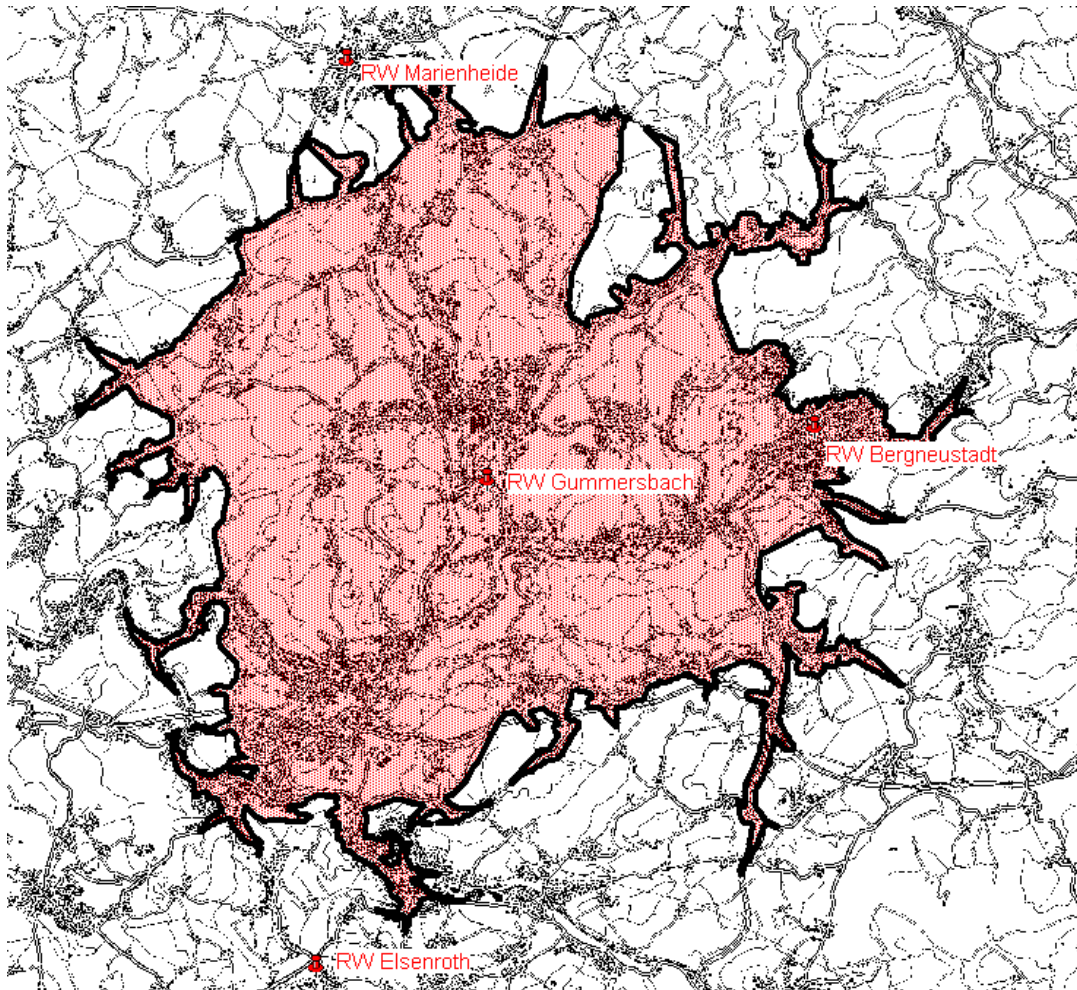


Abbildung 7 - Isochron Rettungswache Gummersbach

Lagebeschreibung:

Die Stadt Gummersbach ist Kreisstadt und liegt in der Mitte des Oberbergischen Kreises. Die Stadt Gummersbach hat 52467 Einwohner (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 95,4 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 550 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Gummersbach

- nach Norden Marienheide
- nach Süden Wiehl
- nach Osten Bergneustadt und Drolshagen
- nach Westen Engelskirchen und Lindlar

Das Einsatzgebiet der Rettungswache Gummersbach hat Anschluss an die

Bundesbahn Köln – Gummersbach,

Autobahn A 4 Aachen – Köln – Olpe, Anschluss Gummersbach,

Autobahn A 45 Dortmund – Siegen – Frankfurt, Anschluss Meinerzhagen und

Bundesstrasse 256 Wipperfürth – Altenkirchen- Neuwied – Mayen Bundesstrasse 55 Jülich – Köln – Olpe.

Einsatzgebiet Rettungswache Hückeswagen

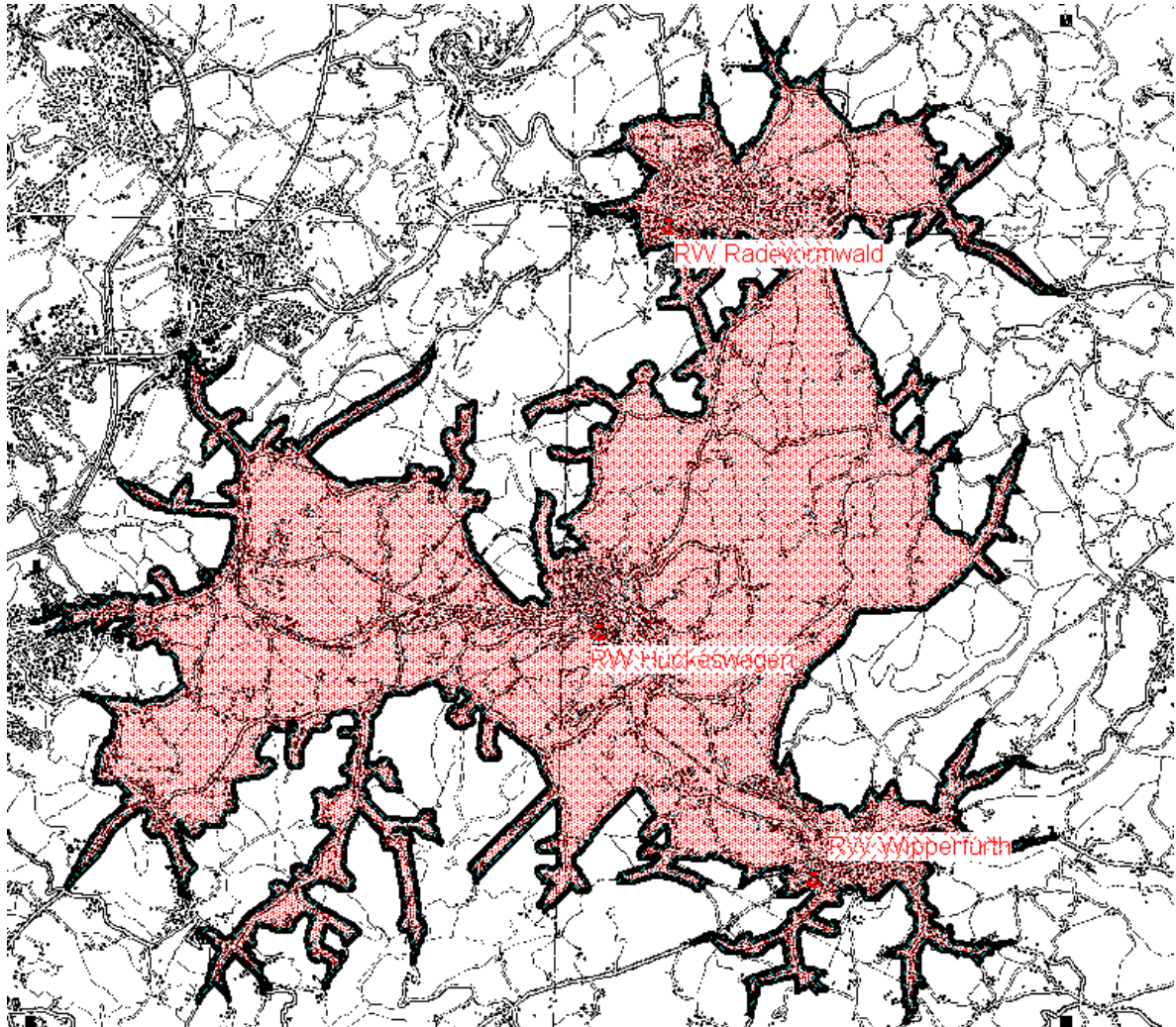


Abbildung 8 - Isochron Rettungswache Hückeswagen

Lagebeschreibung:

Hückeswagen liegt im Nord – Westen des Oberbergischen Kreises. Die Stadt hat 16.155 Einwohner (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 50.5km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 320 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Hückeswagen

- nach Norden Radevormwald
- nach Süden Wipperfürth
- nach Osten Wipperfürth
- nach Westen Wermelskirchen

Das Einsatzgebiet der Rettungswache Hückeswagen ist angeschlossen an die Bundesstrasse 237, Remscheid, Hückeswagen, Wipperfürth, Ohl, Kierspe, Meinerzhagen und Bundesstrasse 483 Schwelm, Ennepetal, Radevormwald, Hückeswagen

Einsatzgebiet Rettungswache Lindlar

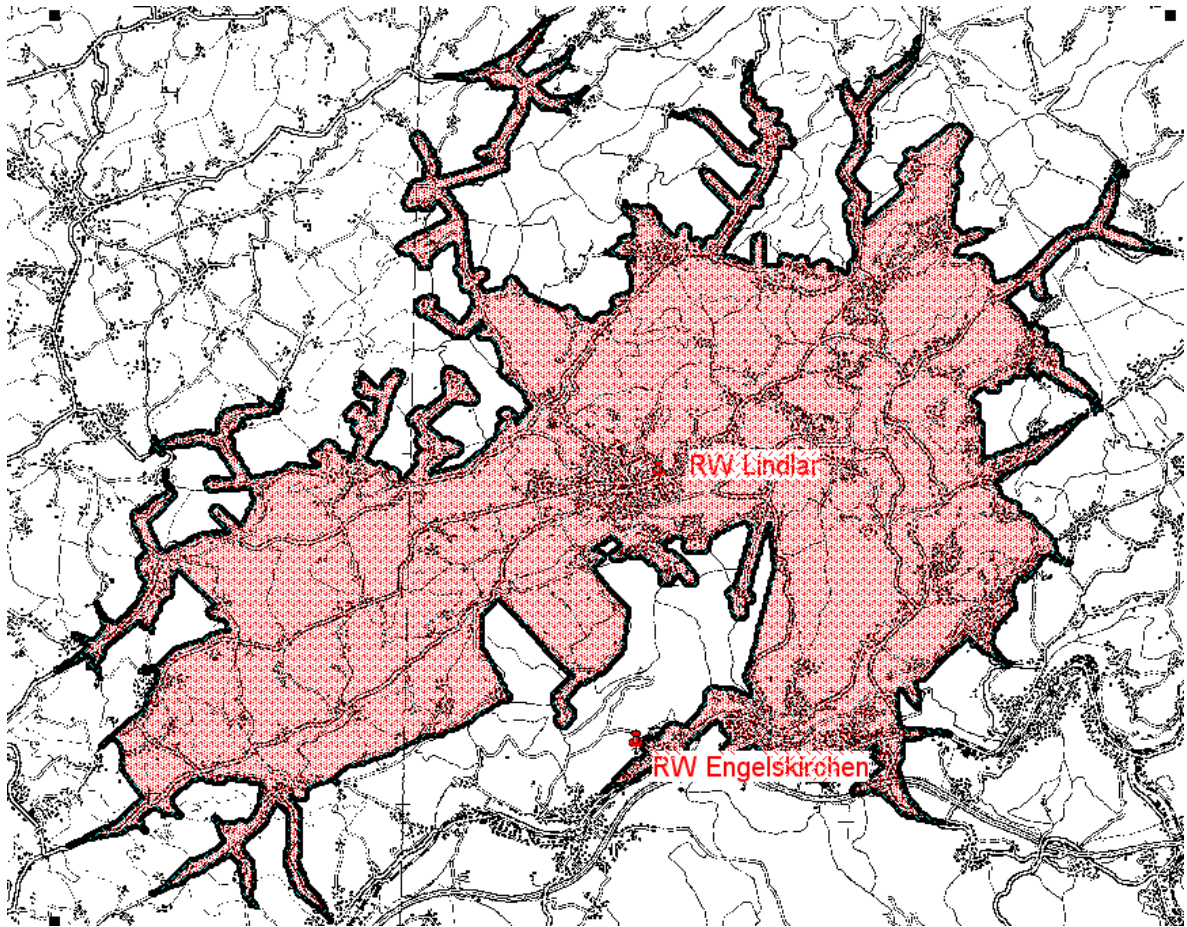


Abbildung 9 - Isochron Rettungswache Lindlar

Lagebeschreibung:

Lindlar liegt im Westen des Oberbergischen Kreises. Die Stadt Lindlar zählt 22.528 Einwohner, (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 85,8 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 263 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Lindlar

- nach Norden Wipperfürth
- nach Süden Engelskirchen
- nach Osten Gummersbach
- nach Westen Rheinisch Bergischer Kreis

Das Einsatzgebiet der Rettungswache Lindlar ist angeschlossen an

Autobahn A 4 Aachen – Köln – Olpe ; Anschluss Untereschbach oder Engelskirchen.

Einsatzgebiet Rettungswache Marienheide:

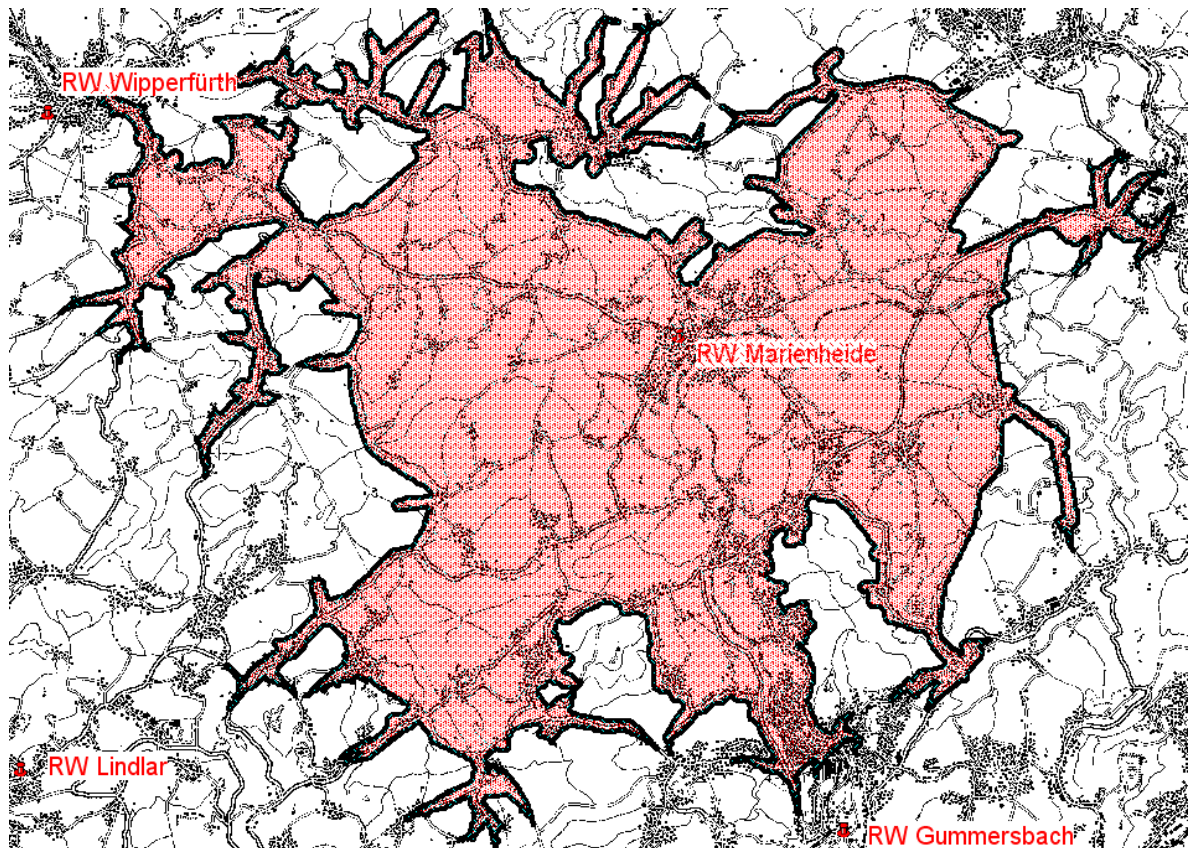


Abbildung 10 - Isochron Rettungswache Marienheide

Lagebeschreibung:

Marienheide liegt nordöstlich von Gummersbach und zählt 13.693 Einwohner, (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 55 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 249 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Marienheide

- nach Norden Kreisgrenze des Märkischen Kreises, Rönsahl
- nach Süden Gummersbach
- nach Osten Kreisgrenze Märkischer Kreis, Meinerzhagen
- nach Westen Wipperfürth und Lindlar

Das Einsatzgebiet der Rettungswache Marienheide ist angeschlossen an

Autobahn A 4 Aachen – Köln – Olpe, Anschluss südlich von Marienheide,
Autobahn A 45 Dortmund – Siegen Frankfurt und
B256 Wipperfürth – Altenkirchen – Neuwied – Mayen.

Einsatzgebiet Rettungswache Lichtenberg

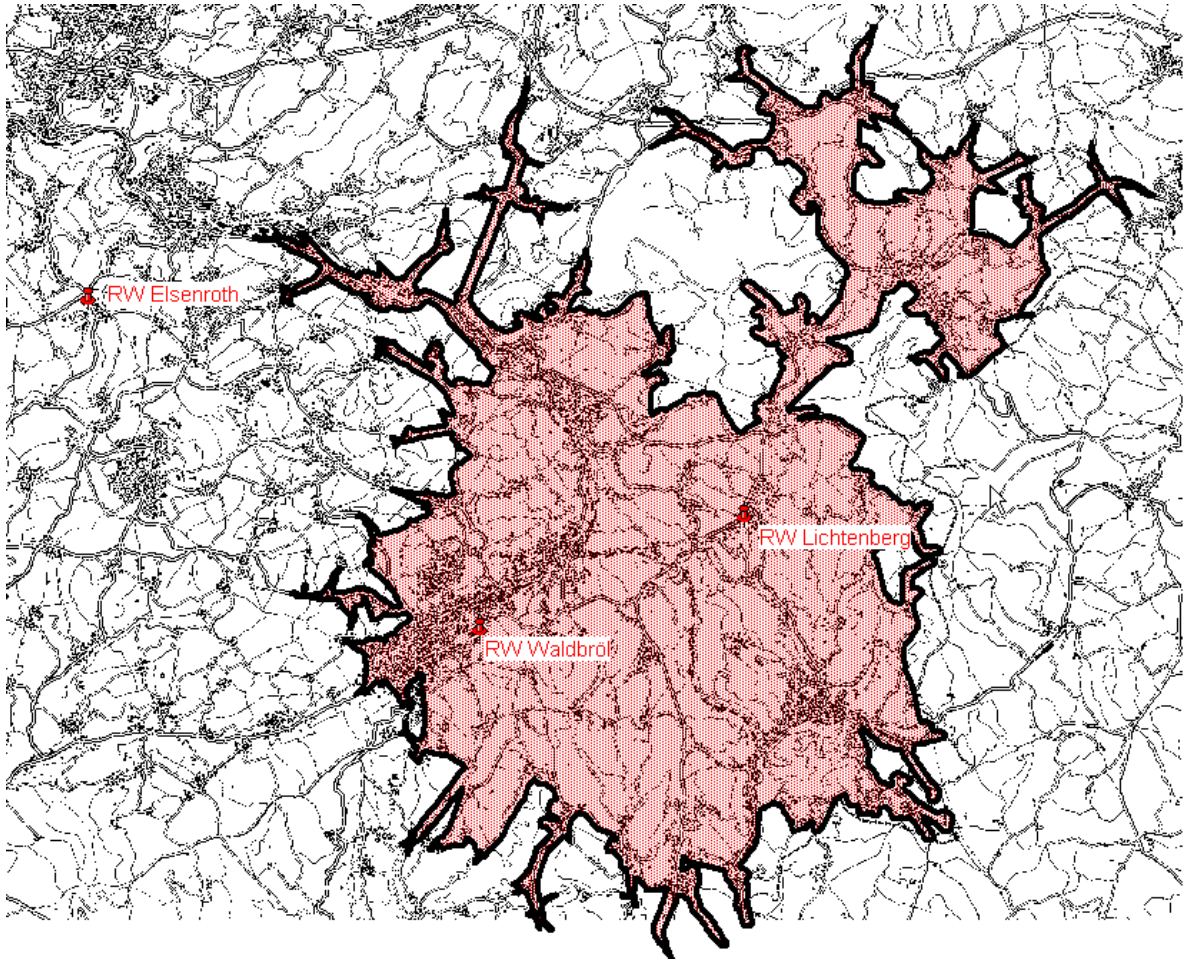


Abbildung 11 - Isochron Rettungswache Lichtenberg

Lagebeschreibung:

Lichtenberg liegt im Südosten des Oberbergischen Kreises und gehört als Ortsteil zur Gemeinde Morsbach diese zählt 11.366 Einwohner /Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 56 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 203 Einwohnern pro Km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Lichtenberg

- nach Norden Reichshof
- nach Süden Wissen
- nach Osten Friesenhagen
- nach Westen Waldbröl

Das Einsatzgebiet der Rettungswache Lichtenberg ist angeschlossen an

L324 Holpe - Wildbergerhütte

Einsatzgebiet Rettungswache Radevormwald

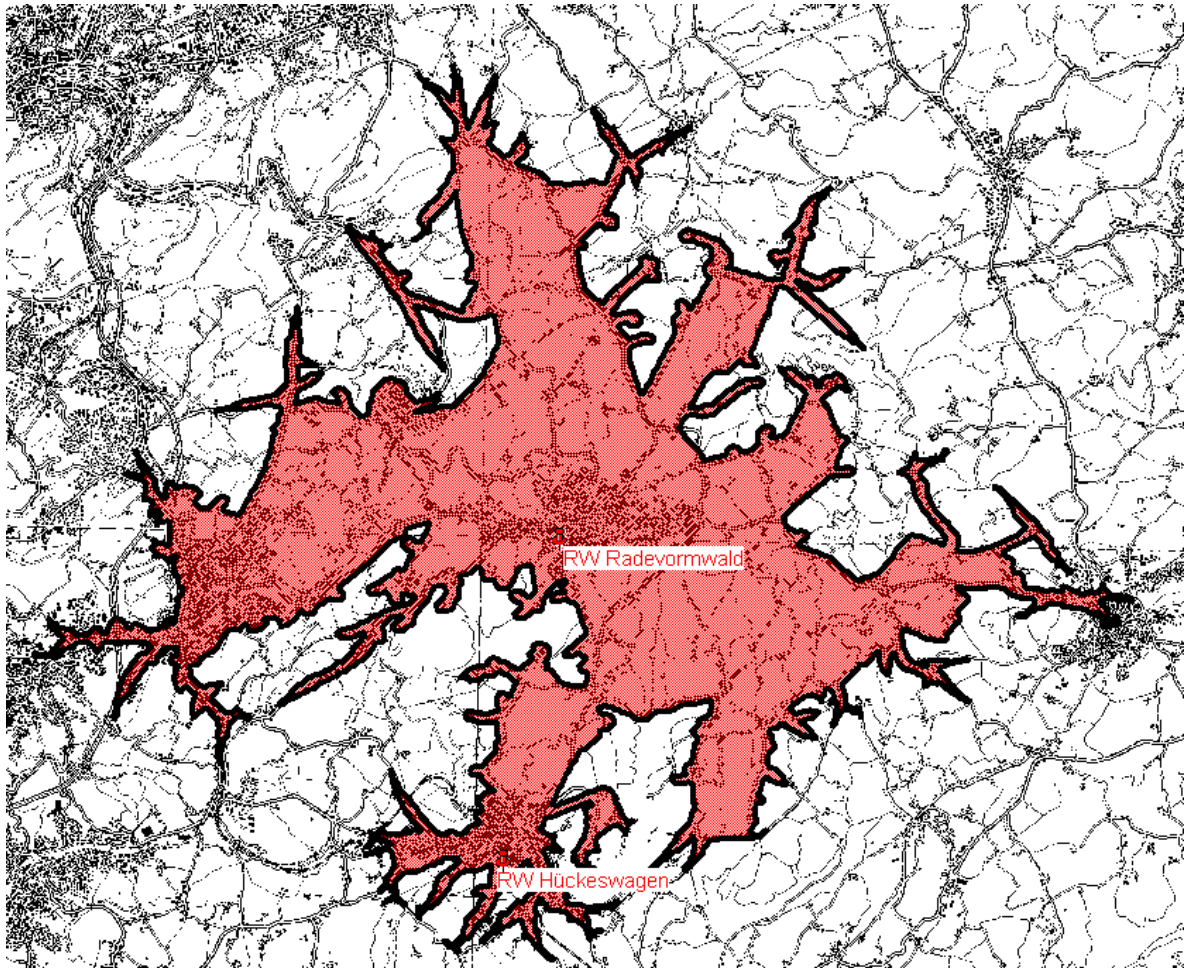


Abbildung 12 - Isochron Rettungswache Radevormwald

Lagebeschreibung:

Radevormwald ist die nördlichste Stadt des Oberbergischen Kreises und zählt 23.426 Einwohner, (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 53,8 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 436 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Radevormwald

- nach Norden Ennepetal , Kreis Ennepetal
- nach Süden Hückeswagen
- nach Osten Halver
- nach Westen Remscheid

Die Rettungswache Radevormwald hat Anschluss an die

Bundesstrasse 229, Remscheid – Lennep – Halver und
Bundesstrasse 483 Schwelm

Einsatzgebiet Rettungswache Waldbröl

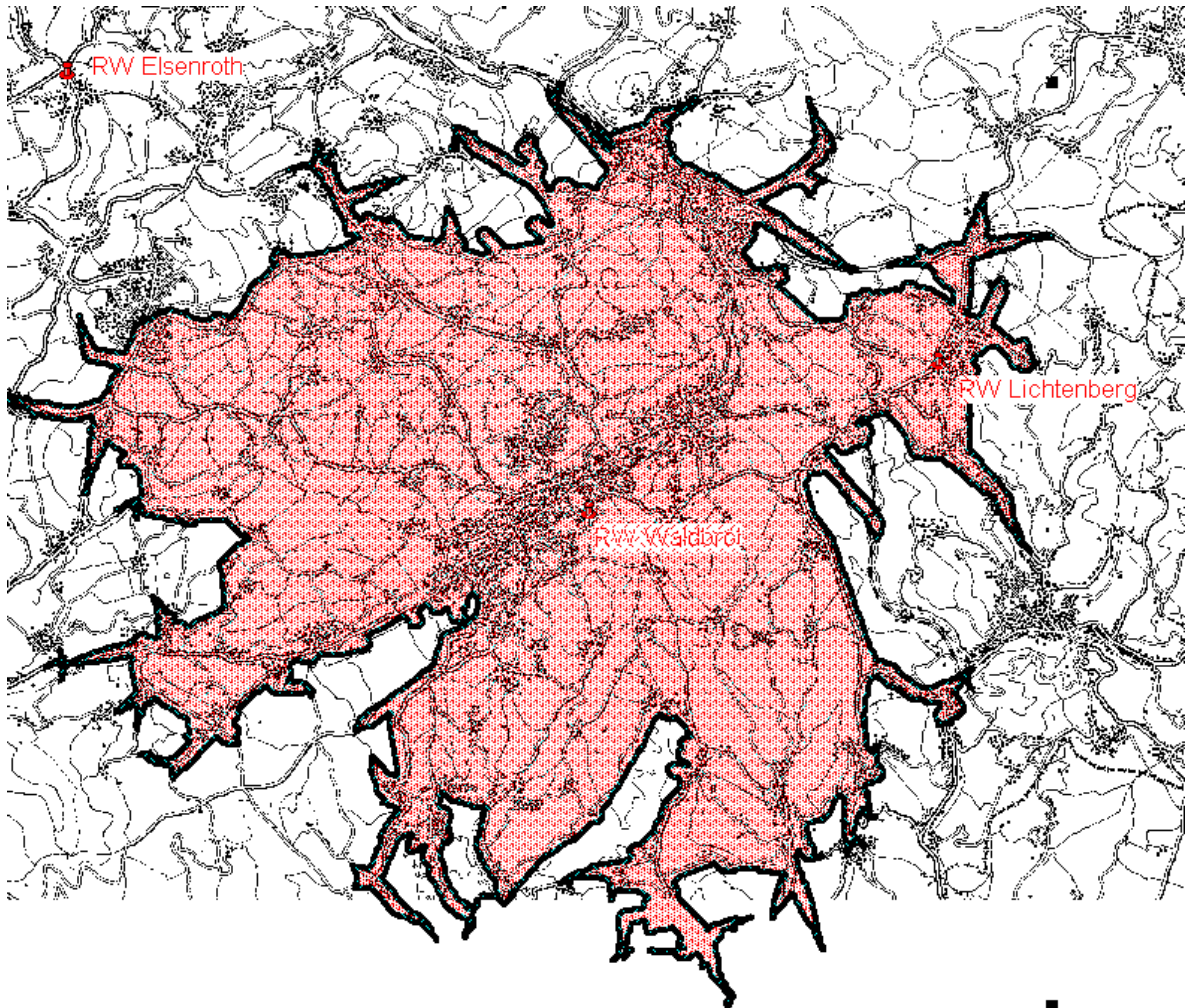


Abbildung 13 - Isochron Rettungswache Waldbröl

Lagebeschreibung:

Waldbröl liegt im südlichsten Teil des Oberbergischen Kreises und zählt 19.567 Einwohner, (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 63 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 310 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzbereiches der Rettungswache Waldbröl

- nach Norden Reichshof und Nümbrecht
- nach Süden Ruppichterath und Windeck, Rhein Sieg Kreis
- nach Osten Morsbach und Lichtenberg
- nach Westen Nümbrecht

Die Rettungswache Waldbröl hat Anschluss an

Autobahn A4 Aachen – Köln – Olpe, Anschluss Bergneustadt /Reichshof,
Bundesstrasse 256 und
Bundesstrasse 478

Rettungswache Elsenroth

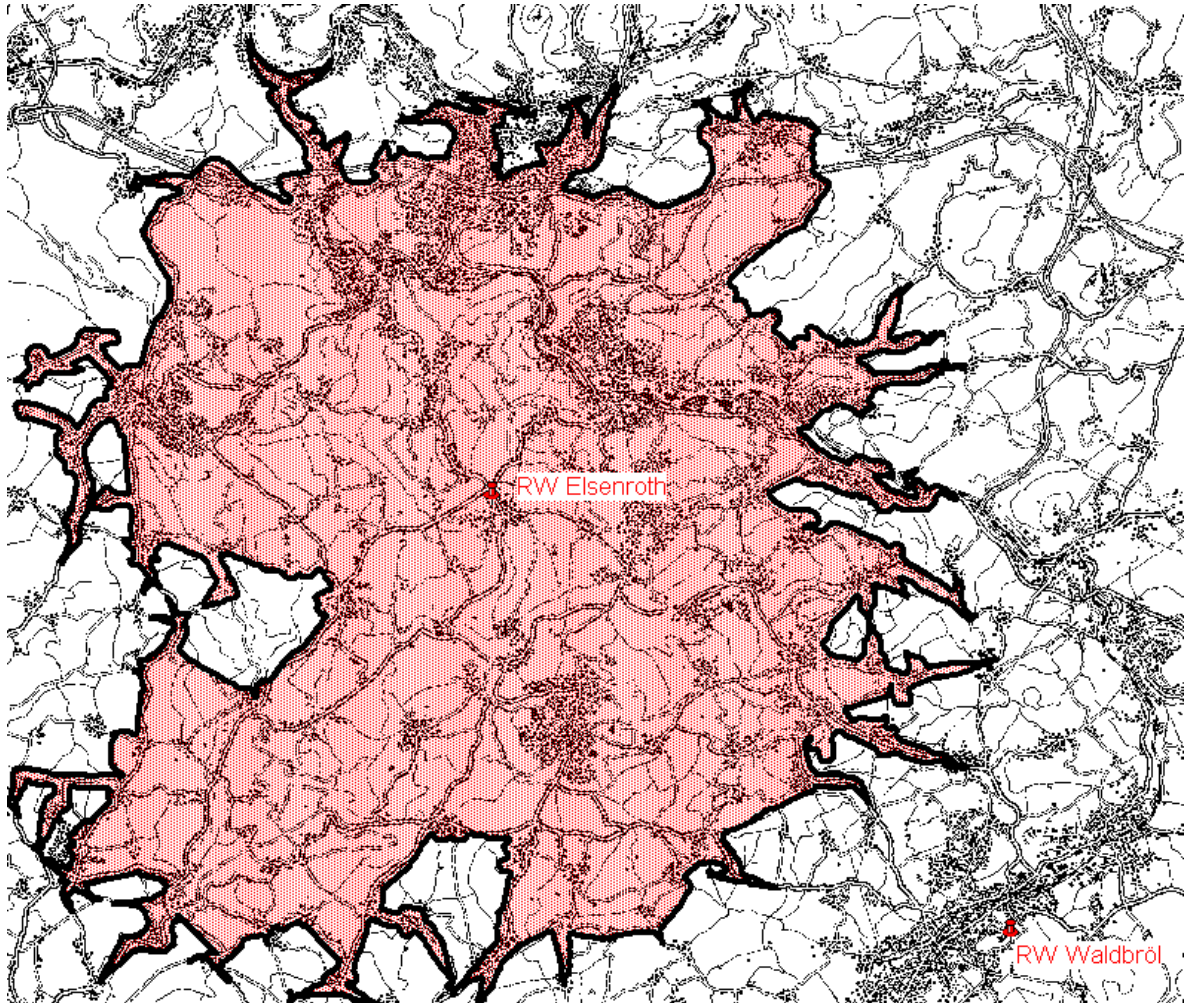


Abbildung 14 - Isochron Rettungswache Waldbröl

Lagebeschreibung:

Elsenroth ist ein Ortsteil der Stadt Nümbrecht. Nümbrecht liegt im Südwesten des Kreisgebietes und zählt 17.393 Einwohner, (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 71,8 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 242 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Elsenroth

- nach Norden Wiehl
- nach Süden Nümbrecht
- nach Osten Waldbröl
- nach Westen Ruppichterath und Much, Rhein Sieg Kreis

Die Rettungswache Elsenroth hat Anschluss an

L95 Elsenroth – Homburger Papiermühle

Rettungswache Wipperfürth

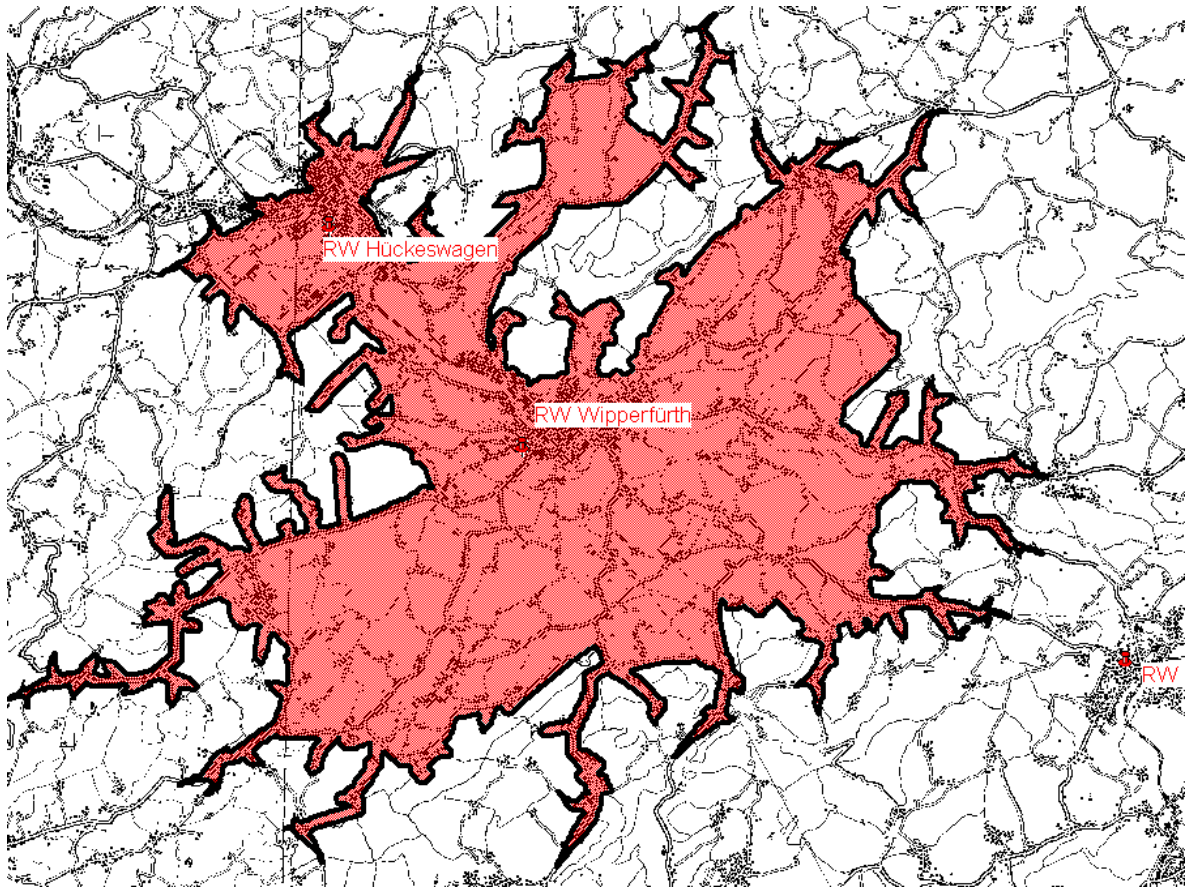


Abbildung 15 - Isochron Rettungswache Wipperfürth

Lagebeschreibung:

Wipperfürth liegt im Norden des Oberbergischen Kreises und zählt 23.570 Einwohner, (Stand 31.12.2007), auf einer Fläche von 118,2 km. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 199 Einwohnern pro km.

Die Abgrenzung des Einsatzgebietes der Rettungswache Wipperfürth

- nach Norden Hückeswagen und Radevormwald
- nach Süden Lindlar und Marienheide
- nach Osten Meinerzhagen
- nach Westen Kürten

Die Rettungswache Wipperfürth hat Anschluss:

- BAB 1 Dortmund – Siegen – Frankfurt , Anschluss Remscheid,
- BAB 4 Aachen – Köln – Olpe, Anschluss Engelskirchen,
- BAB 45 Anschluss Meinerzhagen
- B237 Bergisch Born - Kierspe
- B506 Wipperfürth – Bergisch Gladbach

2.4.6.6 Bewertung der Einsatzgebiete

Die Ermittlung der einzelnen Versorgungsbereiche der Rettungswachenstandorte hat das Ziel eine flächendeckende Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes zu bewirken. Bedingt durch die bereits vorhandenen Standorte ergeben sich zwangsläufig Überschneidungen der angrenzenden Versorgungsbereiche.

Dies ist durchaus sinnvoll und wegen der entstehenden Synergieeffekte auch gewünscht.

Zur Überprüfung des Ziels der flächendeckenden Versorgung mit rettungsdienstlichen Leistungen, werden die planerischen Isochronen und deren Überschneidungsbereiche grafisch dargestellt.

Durch die Darstellung der flächendeckenden Versorgung mit rettungsdienstlichen Leistungen werden gleichzeitig solche Gebiete markiert, die keine oder keine ausreichende Versorgung aufweisen.

RW Radevormwald – RW Hückeswagen – RW Wipperfürth

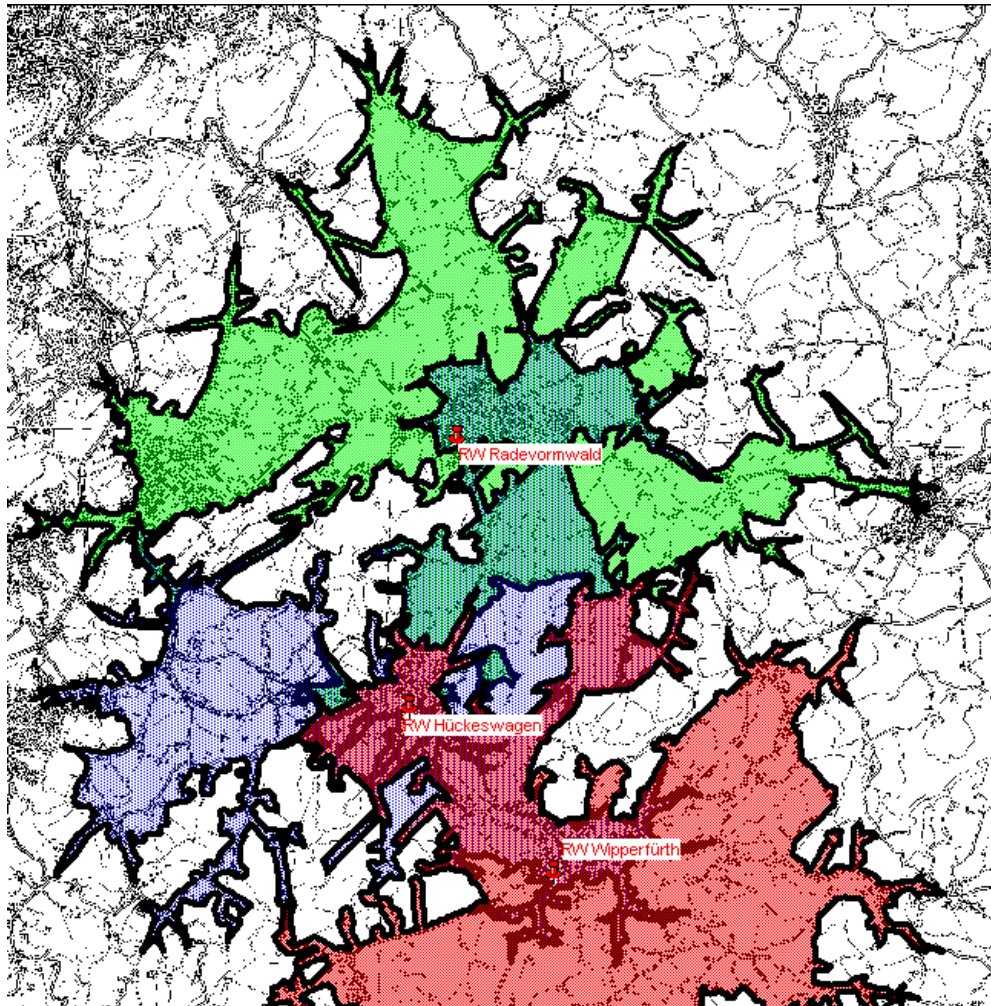


Abbildung 16 - Einsatzgebiete RW09, RW04, RW13

Die geographische Lage im nördlichen Kreisgebiet des Oberbergischen Kreises zeigt die Versorgungsbereiche der Rettungswachen Radevormwald, Hückeswagen und Wipperfürth in der Fläche sowie eine Überschneidung der Versorgungsbereiche der Rettungswachen Radevormwald und Hückeswagen sowie Hückeswagen und Wipperfürth.

Diese Überschneidung der Versorgungsbereiche ist gegeben und bedeutet in der täglichen Praxis, dass das jeweilige Rettungsmittel des jeweils anderen Versorgungsbereiches unterstützen kann. Weiterhin sind durch die angrenzenden Gebiete und die Überschneidung der Versorgungsbereiche keine „weißen Flecken“ auf der Landkarte, so dass im nördlichen Kreisgebiet des Oberbergischen Kreises die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallmedizin flächendeckend ist.

RW Hückeswagen – RW Wipperfürth – RW Marienheide – RW Lindlar

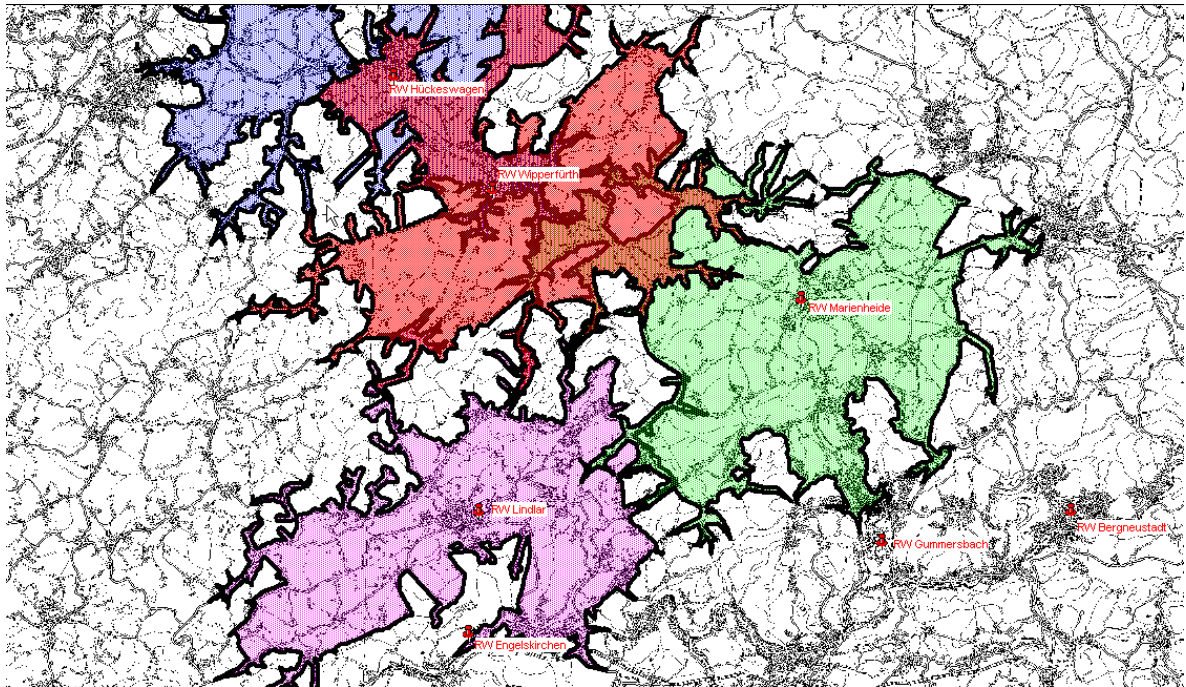


Abbildung 17 - Einsatzgebiete RW04, RW13, RW06, RW05

Die geographische Lage im mittleren Kreisgebiet des Oberbergischen Kreises zeigt die Versorgungsbereiche der Rettungswachen Hückeswagen, Wipperfürth, Marienheide und Lindlar sowie deren Überschneidung der Versorgungsbereiche der Rettungswachen Hückeswagen mit Wipperfürth und Wipperfürth mit Marienheide und Marienheide mit Lindlar und Lindlar mit Wipperfürth.

Die beschriebenen Gebiete weisen ausreichende Überschneidungen auf und haben eine flächendeckende Versorgung mit Leistungen der Notfallmedizin.

Die zwischen diesen Versorgungsbereichen erkennbaren „weißen Flecken“ weisen überwiegend unbewohntes oder schwach besiedeltes Gebiet aus.

RW Marienheide – RW Lindlar – RW Engelskirchen – RW Gummersbach – RW Bergneustadt

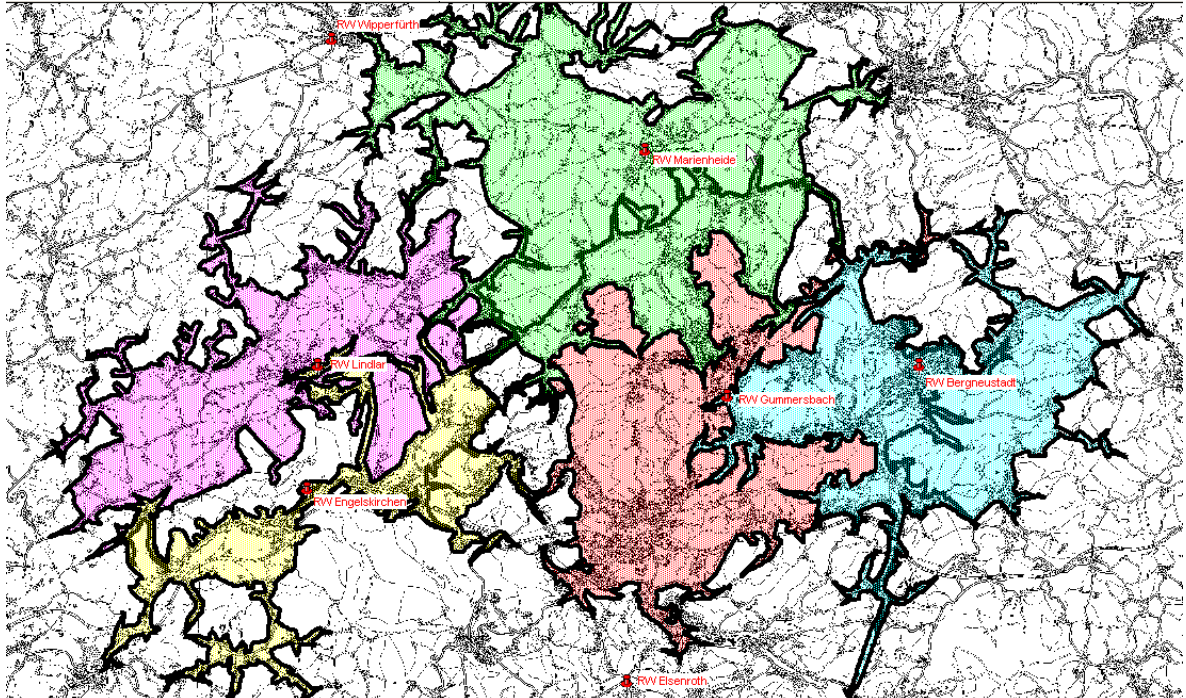


Abbildung 18 - Einsatzgebiete RW06, RW05, RW02, RW03, RW01

Die geographische Lage im mittleren bis östlichen Kreisgebiet von Gummersbach Richtung Bergneustadt, und im mittleren bis westlichen Kreisgebiet von Gummersbach nach Engelskirchen zeigt die Überschneidung der Versorgungsbereiche der Rettungswachen Marienheide und Lindlar, der Rettungswache Gummersbach und Bergneustadt sowie Gummersbach und Engelskirchen, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallmedizin.

Die dargestellten Versorgungsbereiche auf der sogenannten „Aggerschiene“ repräsentieren den bevölkerungsreichsten Bereich des Oberbergischen Kreises.

Die Überschneidung der Versorgungsbereiche der Rettungswachen zeigt in diesem Anteil des Kreises keine Versorgungslücken.

RW Engelskirchen – RW Gummersbach – RW Bergneustadt – RW Elsenroth

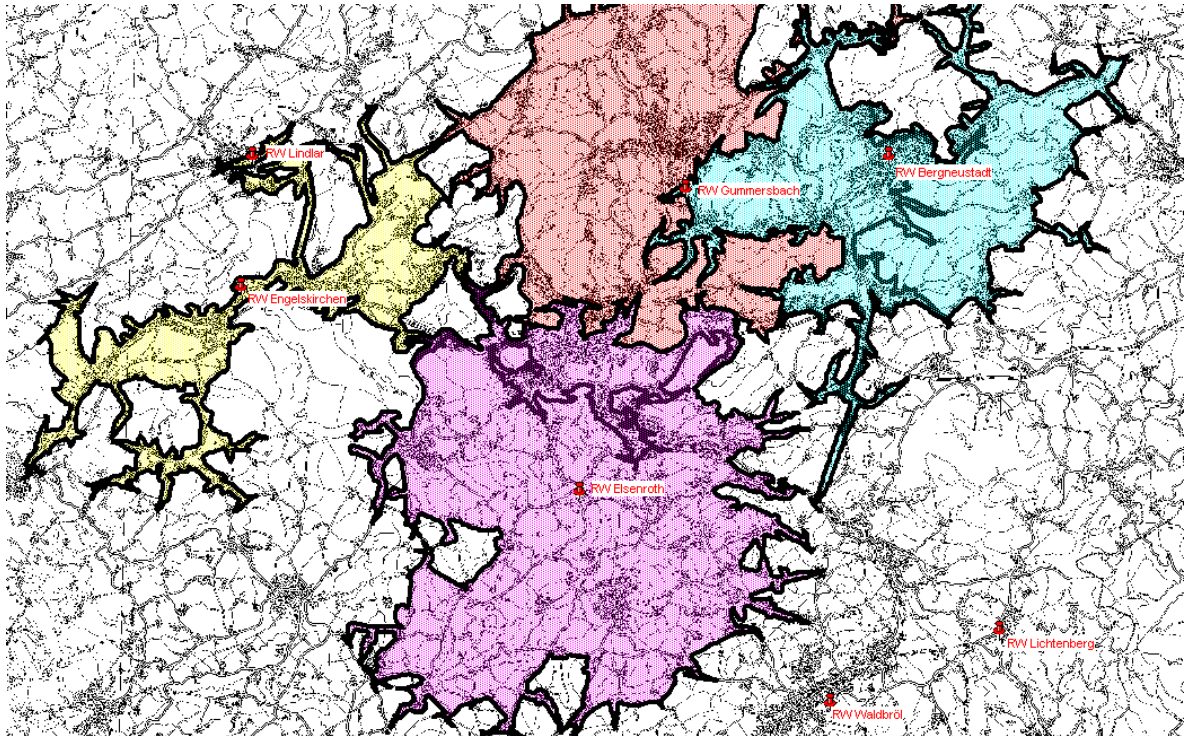


Abbildung 19 - Einsatzgebiete RW02, RW06, RW03, RW01, RW12

Die geographische Lage im mittleren bis südlichen Kreisgebiet von Gummersbach bis Elsenroth und im mittleren bis östlichen Kreisgebiet von Gummersbach bis Bergneustadt und vom mittleren bis westlichen Kreisgebiet von Gummersbach bis Engelskirchen ist durch die Überschneidungen der Versorgungsbereiche der Rettungswachen flächendeckend.

Die Versorgungsbereiche der Rettungswachen Engelskirchen und Elsenroth grenzen aneinander, weisen jedoch im Gegensatz zu den vorbeschriebenen Versorgungsbereichen keine Überschneidung auf.

In der Ansicht dieser Darstellung ist ersichtlich, dass der Versorgungsbereich der Rettungswache Elsenroth in der Flächenausdehnung überproportional groß ist, im Vergleich zu den übrigen Versorgungsbereichen der angrenzenden Versorgungsbereichen der Rettungswachen.

Die Rettungswache Elsenroth ist ein Standort in der Peripherie und nicht an ein Krankenhaus angebunden. Dieser Umstände weisen auf eine kritische Konstellation hin, die in Kapitel IV 2.7. ausführlich erörtert und bewertet wird.

RW Elsenroth – RW Bergneustadt – RW Lichtenberg

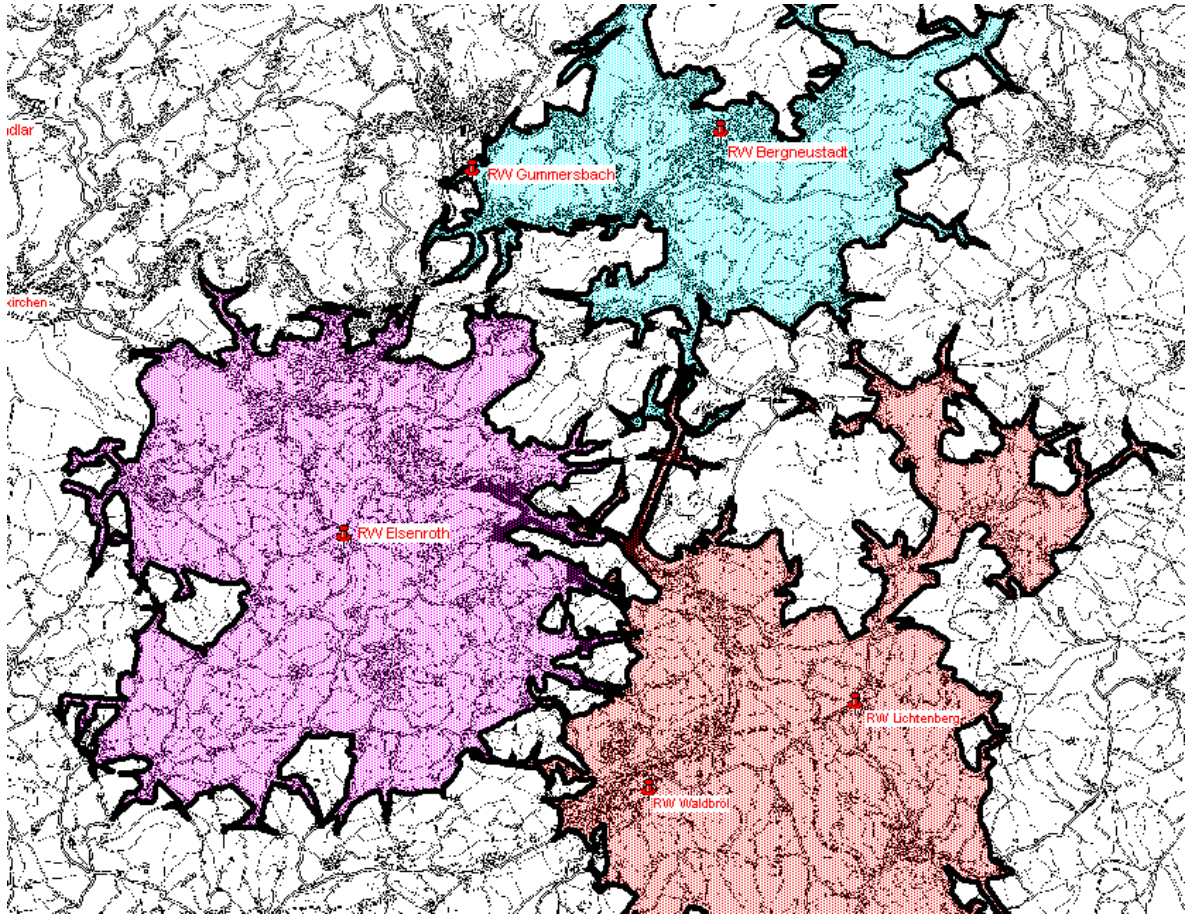


Abbildung 20 - Einsatzgebiete RW12, RW01, RW07

Die geographische Lage der Versorgungsbereiche im mittleren bis südöstlichen Kreisgebiet von Elsenroth bis Lichtenberg und im südöstlichen Kreisgebiet von Bergneustadt bis Lichtenberg sowie vom mittleren bis nordöstlichen Kreisgebiet von Elsenroth bis Bergneustadt zeigt, dass drei Kriterien zu identifizieren sind.

1. die bereits erwähnte überproportionale Größe des Versorgungsbereiches der Rettungswache Elsenroth.
2. unterversorgte Flächen, die nicht innerhalb der Hilfsfrist erreicht werden können. Diese Gebiete umfassen große Teile der Gemeinde Reichshof und können nicht als bevölkerungsschwache Gebiete eingeordnet werden.
3. Außerdem ist festzustellen, dass die Überschneidungen der Versorgungsbereiche teilweise nicht gegeben sind oder aber Gebiete knapp aneinander angrenzen.

RW Elsenroth – RW Waldbröl – RW Lichtenberg

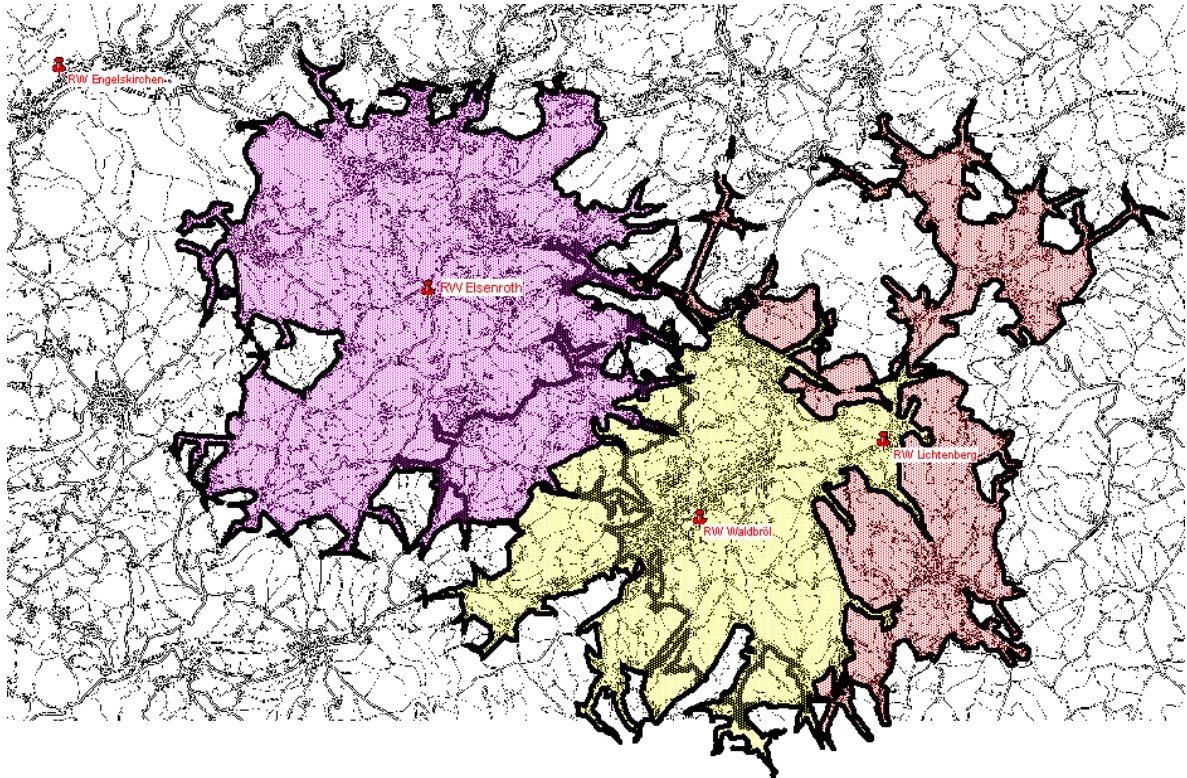


Abbildung 21 - Einsatzgebiete RW12, RW11, RW07

Die geographische Lage der südlichen Versorgungsbereiche der Rettungswachen Elsenroth, Waldbröl und Lichtenberg weisen ausreichende Überschneidungen auf.

2.5 Örtliche Zielsetzung Notfallrettung

Der Oberbergische Kreis setzt sich unverändert das Ziel, 90% aller Notfälle im Kreisgebiet innerhalb von 12 Minuten ab Notrufannahme zu erreichen.

Es wird angestrebt, an allen rettungsdienstlichen Standorten eine entsprechende Vorhaltung (Sicherheitsniveau, ausgewiesen in der Bedarfsrechnung in Kapitel 2.6) einzuhalten und zu erreichen.

Das Kreisgebiet ist infolge Topographie und Besiedlungsdichte insgesamt als ländlich strukturiert einzustufen. Differenzierungen in der Hilfsfrist zwischen städtischen und ländlichen Siedlungsstrukturen sind deshalb nicht gerechtfertigt. Für ländliche Strukturen ist eine allgemeine Hilfsfrist von 12 Minuten in Nordrhein-Westfalen üblich.

2.6 Bedarfsberechnung

Die Bemessung der bedarfsgerechten Fahrzeugvorhaltung bestimmt sich aus der Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen im Versorgungsbereich der bedarfsgerechten Rettungswache.

Grundlage für die Bemessung der Notfallvorhaltung ist die zu erwartende Jahreshäufigkeit von Notfallereignissen im Rettungswachen-Einsatzbereich. Dabei wird der Vorhaltung an Notfallkapazitäten nicht die täglich und stündlich zu erwartende Notfallnachfrageverteilung zugrunde gelegt, sondern das seltener vorkommende gleichzeitige Auftreten mehrerer Notfälle innerhalb eines Rettungswachen-Einsatzbereiches. Bemessungsrelevante Größe ist daher das im Jahresablauf ab einem bestimmten Notfallaufkommen unvermeidliche gleichzeitig zu erwartende Auftreten mehrerer Notfallereignisse im Einsatzbereich der Rettungswache, der sogenannte Duplizitätsfall.

Unter der begründeten Annahme, dass das Eintreffen aufeinander folgender Notfälle voneinander unabhängig und zufällig ist, lässt sich der Bedarf an vorzuhaltenden Rettungsmitteln für ein gewünschtes Sicherheitsniveau anhand statistischer Gesetzmäßigkeiten mittels der Verteilungsfunktion von Poisson berechnen.

Die Poisson-Verteilung dient der Beschreibung von seltenen, zufälligen und voneinander unabhängigen Ereignissen innerhalb einer großen Zahl von Ereignismöglichkeiten. Dieses wird als risikoabhängige Fahrzeugbemessung bezeichnet.

Der Risikofall, d. h. der Überschreitungsfall, ist wie folgt definiert:

Es ereignen sich gleichzeitig mehr Notfälle als Notfallrettungsmittel (RTW) im Rettungswachen-Einsatzbereich dienstplanmäßig vorgehalten werden.

Die Wiederkehrzeit des Überschreitungsfalles bezeichnet den zeitlichen Abstand zwischen zwei Risikosituationen, nämlich zwischen einer aktuellen Bedarfsüberschreitung der vorgehaltenen RTW-Notfallkapazitäten und dem statistisch zu erwartenden wiederholten Eintreten dieses Überschreitungsfalles. Die Wiederkehrzeit wird hierbei in Schichten gemessen.

Für die Bemessung der bedarfsgerechten Notfallvorhaltung ist ein einheitliches Sicherheitsniveau festzulegen.

Bei einem 3-Schicht-Modell z.B. ist als maßvolle Wiederkehrzeit ein Intervall von 10 Schichten anzusehen. In Agglomerationsräumen (>100.000 Einwohner) sind 5 Schichten als maßvoll anzusehen.

Die Maßgabe von 10 Schichten entspricht einer statistischen Überschreitungswahrscheinlichkeit von 7%. Somit besteht ein Sicherheitsniveau für den Risikofall von 93%.

Wichtig hierbei ist:

Das Sicherheitsniveau darf *nicht* mit dem geforderten Hilfsfristerfüllungsgrad verwechselt werden.

Die Einhaltung der Hilfsfrist ist ein Realmaß, welches messbar ist anhand des Datenmaterials des Einsatzleitrechners.

Das Sicherheitsniveau zur Vorhaltung ist eine Planungsgröße zur Bemessung der Notfallkapazitäten.

Die Berechnungen für den Oberbergischen Kreis basieren auf den Daten des Einsatzleitrechners der Kreisleitstelle der Jahre 2005 – 2008. Aufgrund einer Systemumstellung des Einsatzleitrechners wurden im Jahr 2008 die Datensätze vom 01.01. bis 30.09 eingerechnet. Das Jahr 2007 wird daher als vollständiger Verlauf vorangestellt, das Jahr 2008 zur Komplettierung des Verlaufes angehängt.

Zielbereich RW Bergneustadt

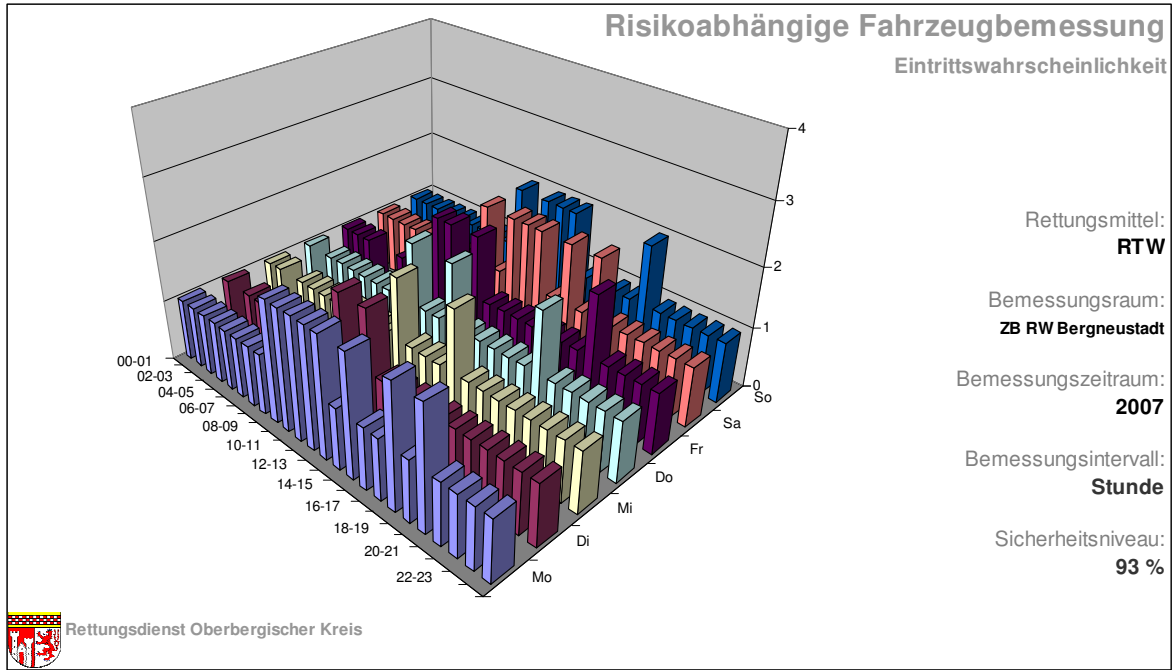


Diagramm 30 - Zielbereich Bergneustadt 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

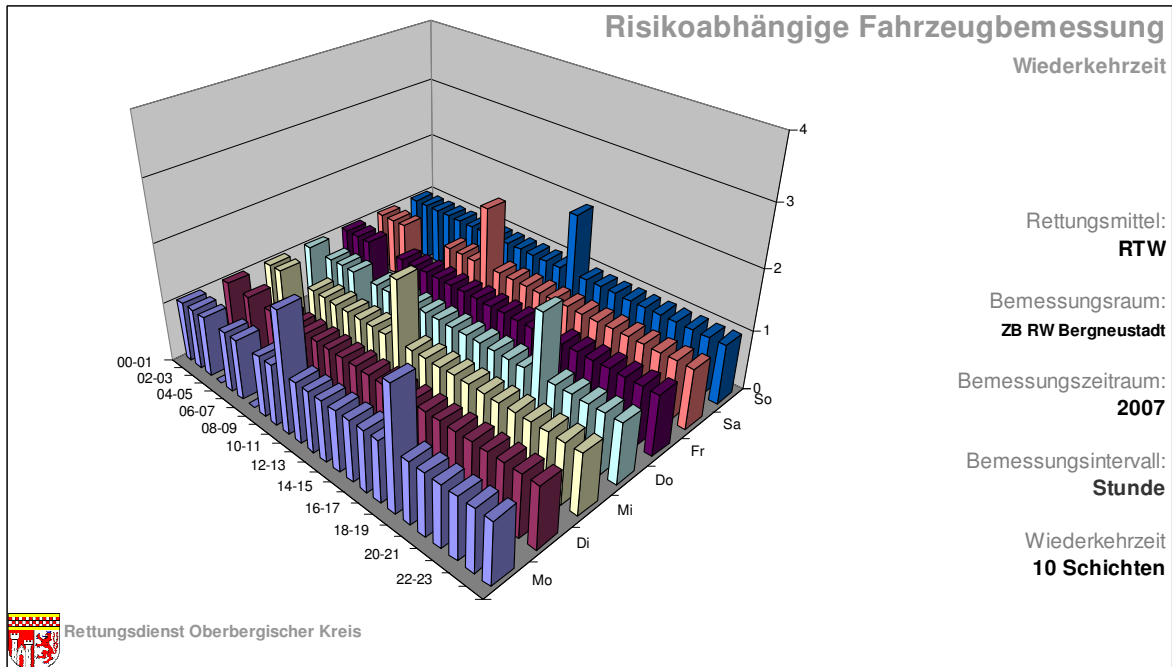


Diagramm 31 - Zielbereich Bergneustadt 2007 - Wiederkehrzeit

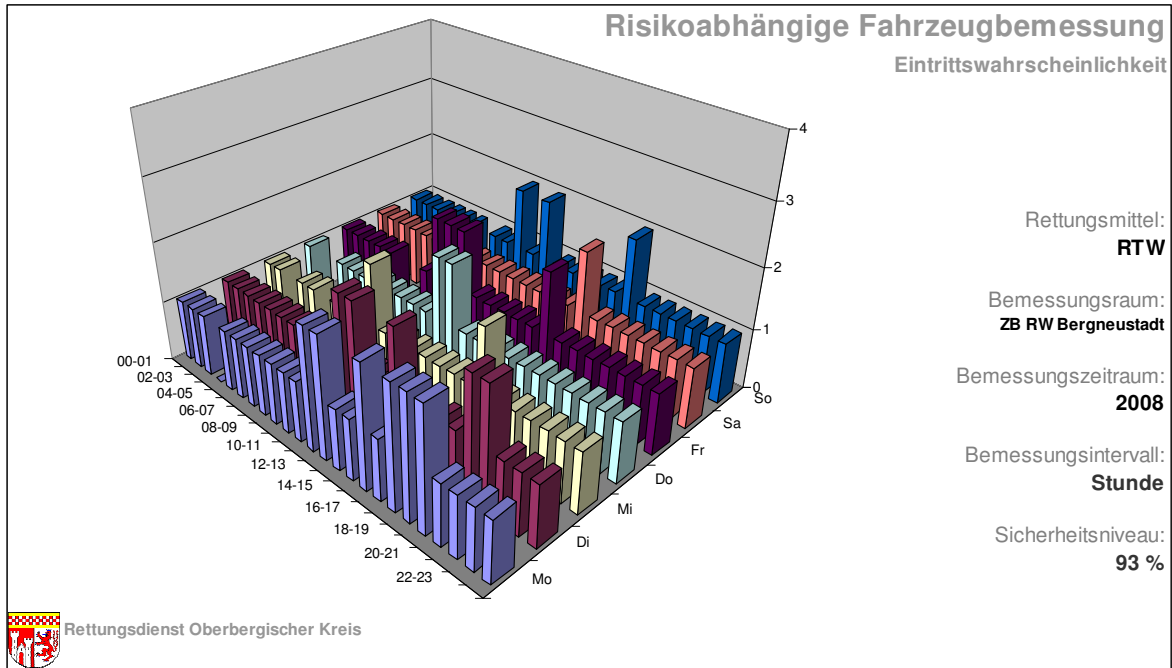


Diagramm 32 - Zielbereich Bergneustadt 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

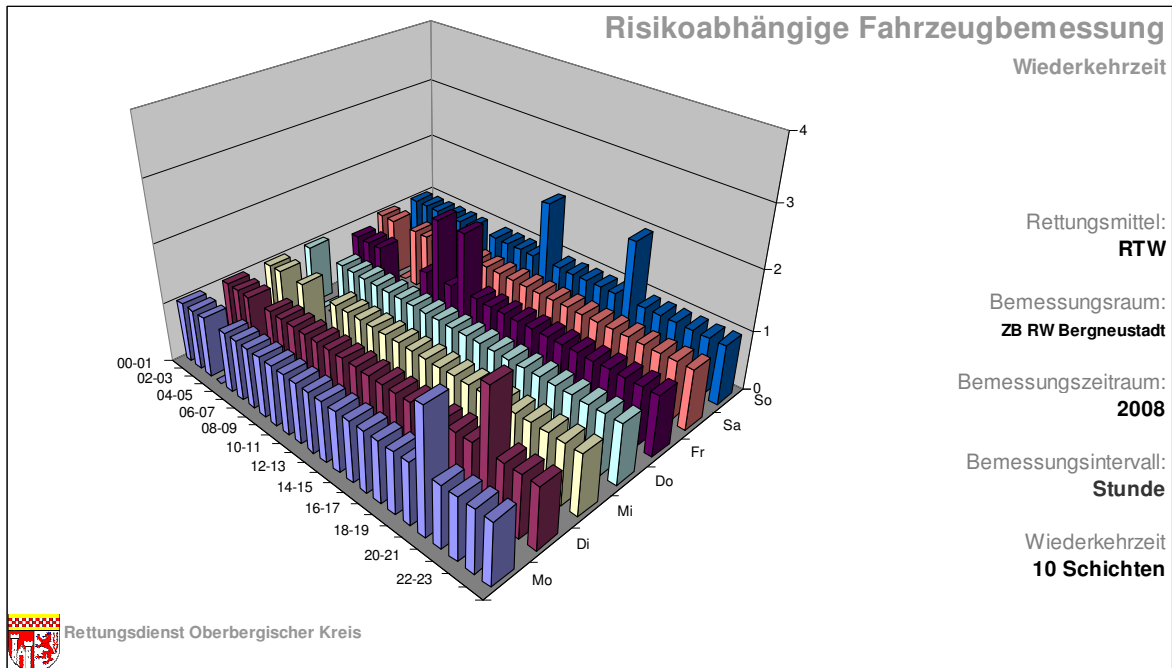


Diagramm 33 - Zielbereich Bergneustadt 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

Zielbereich Rettungswache Engelskirchen

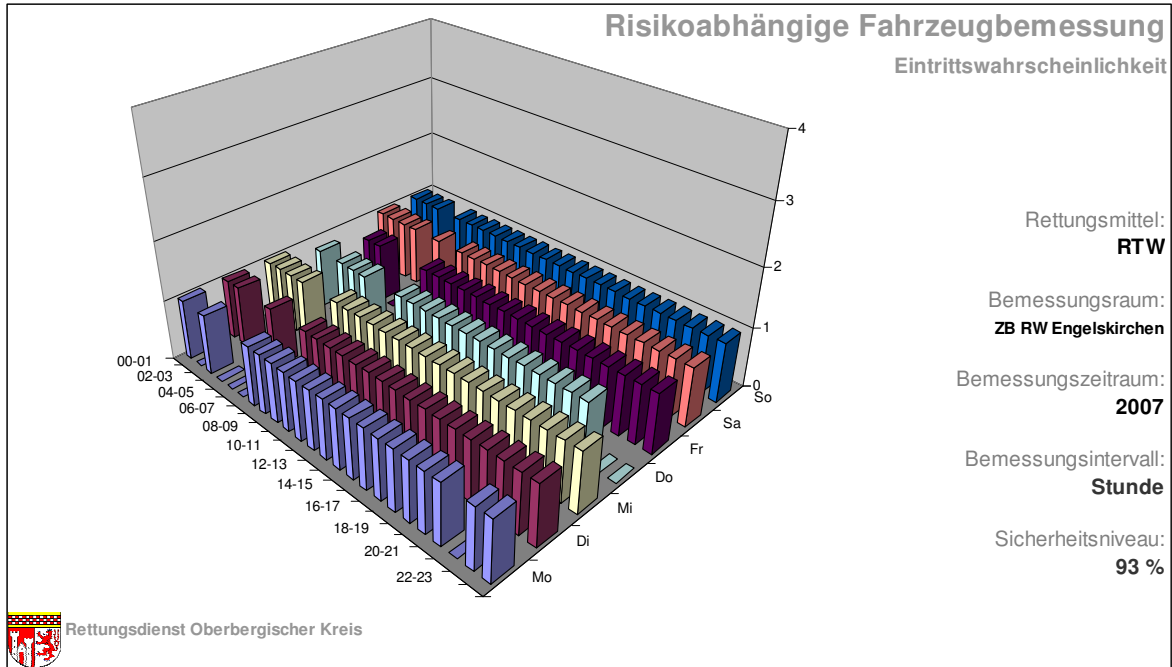


Diagramm 34 - Zielbereich Engelskirchen 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

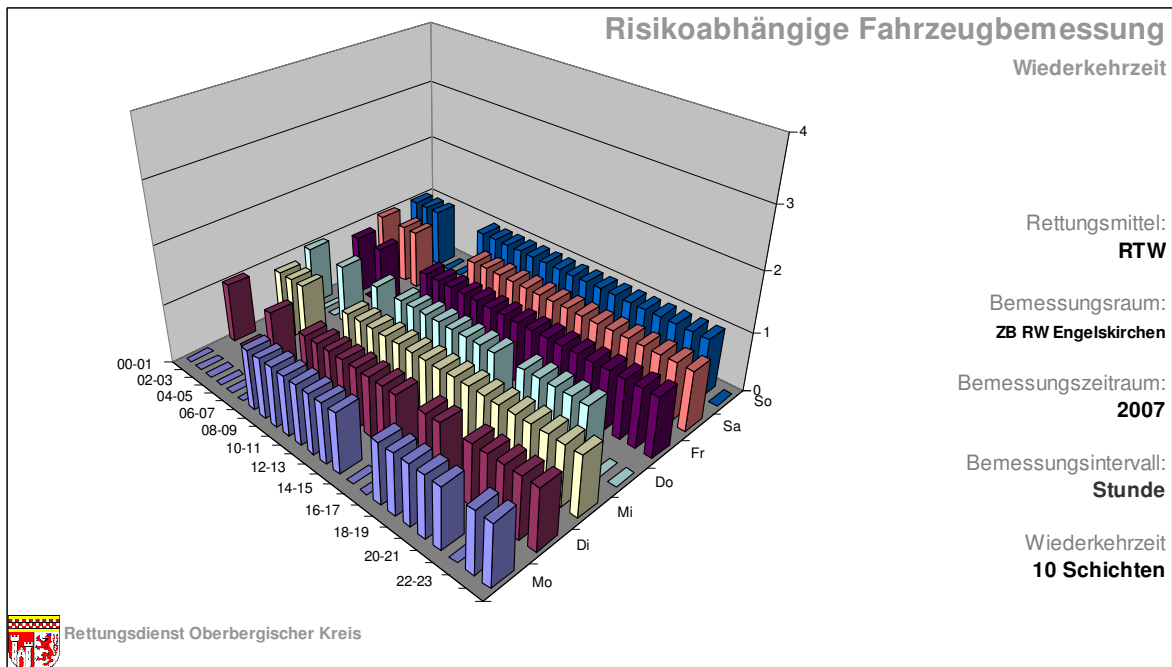


Diagramm 35 - Zielbereich Engelskirchen 2007 - Wiederkehrzeit

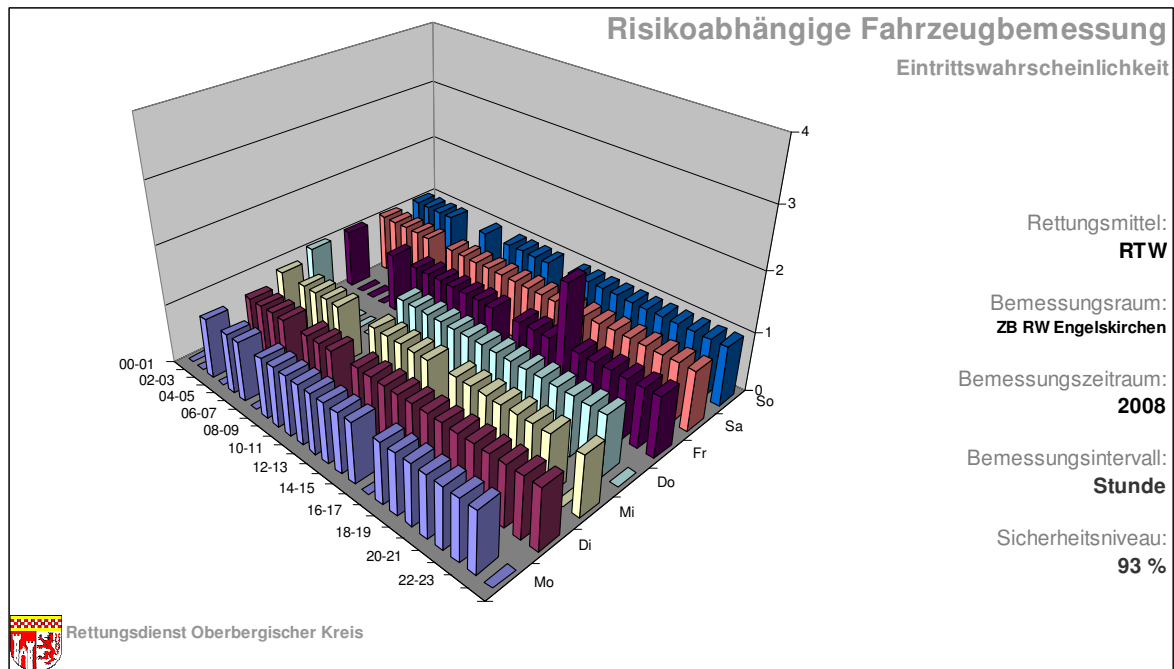


Diagramm 36 - Zielbereich Engelskirchen 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

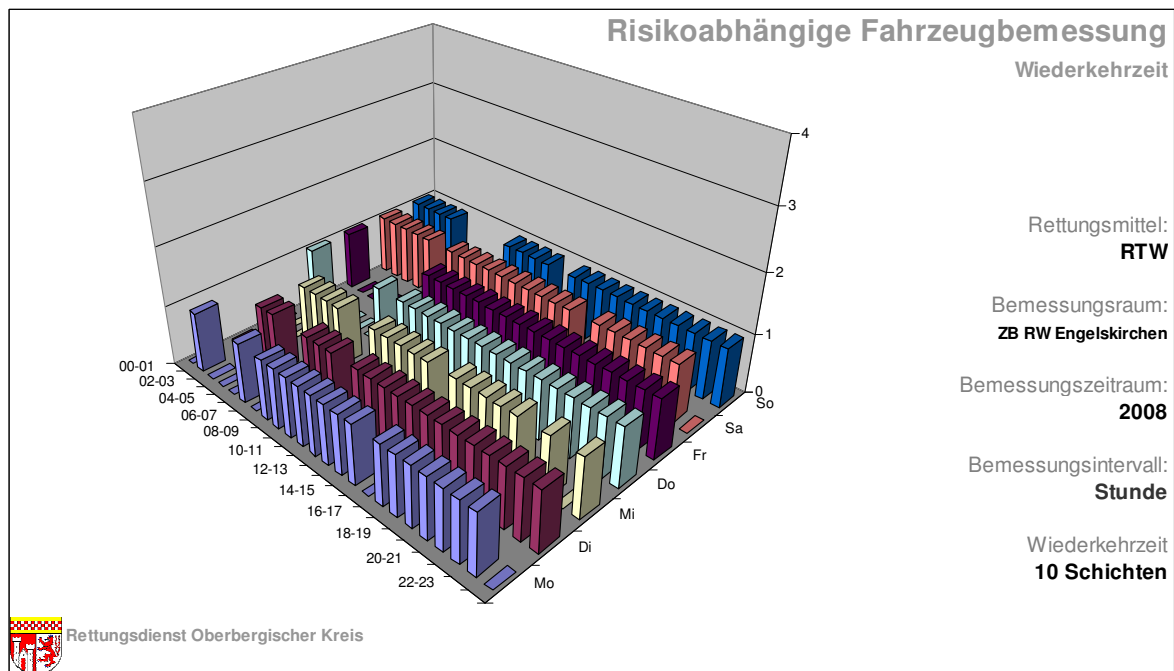


Diagramm 37 - Zielbereich Engelskirchen 2008 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Gummersbach

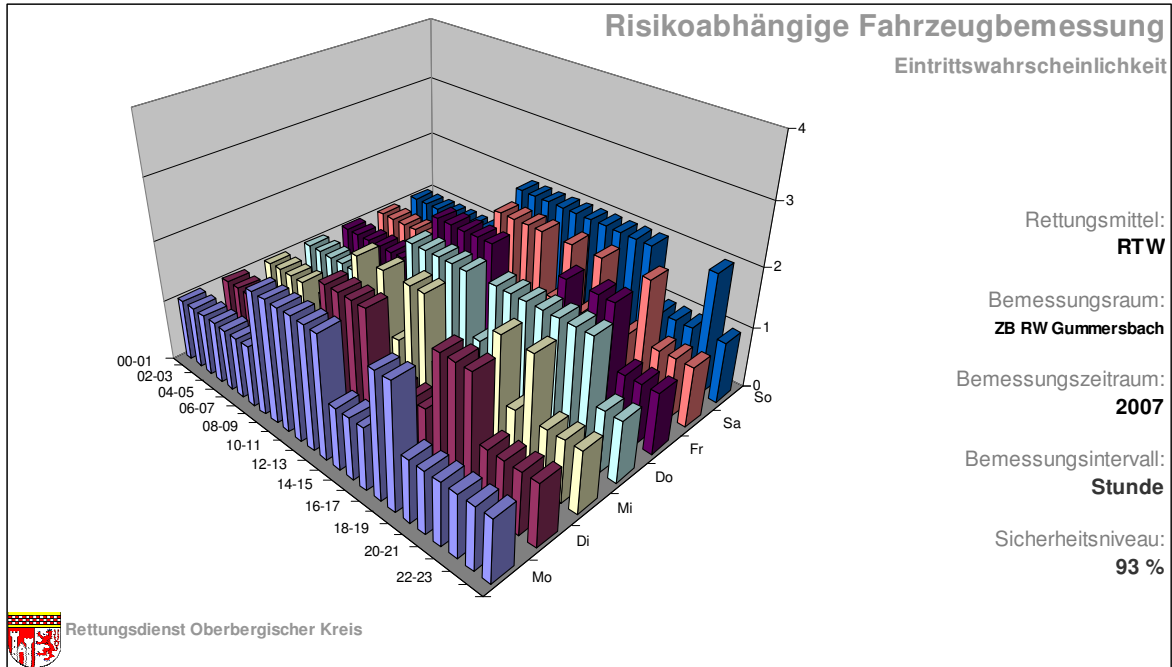


Diagramm 38 - Zielbereich Gummersbach 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

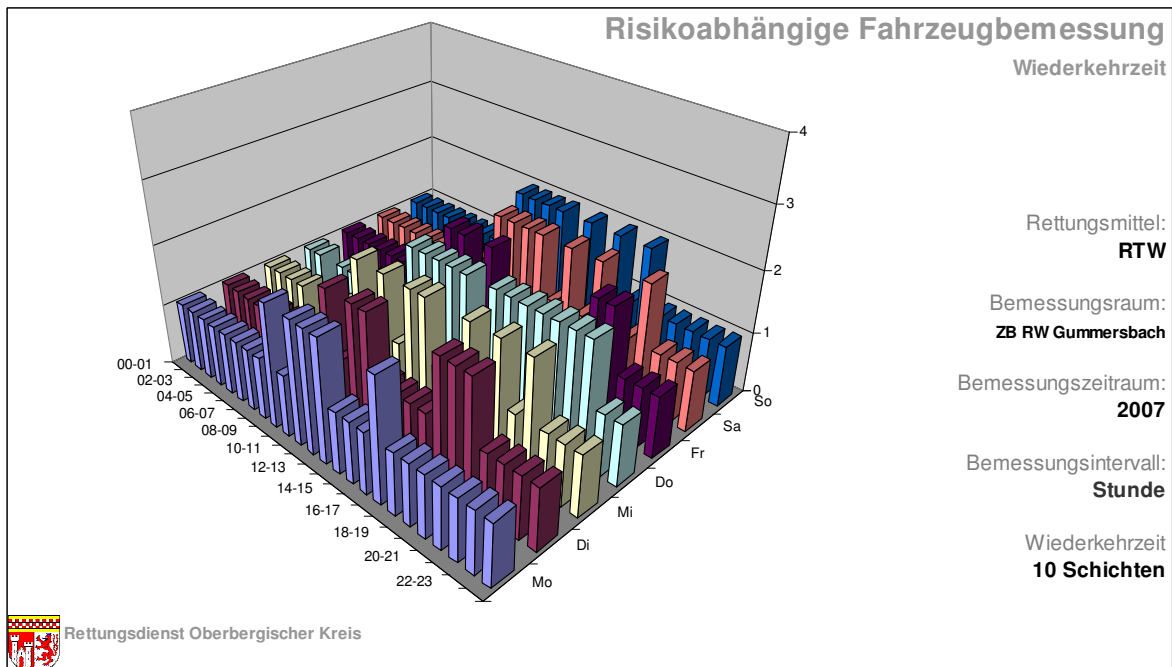


Diagramm 39 - Zielbereich Gummersbach 2007 - Wiederkehrzeit

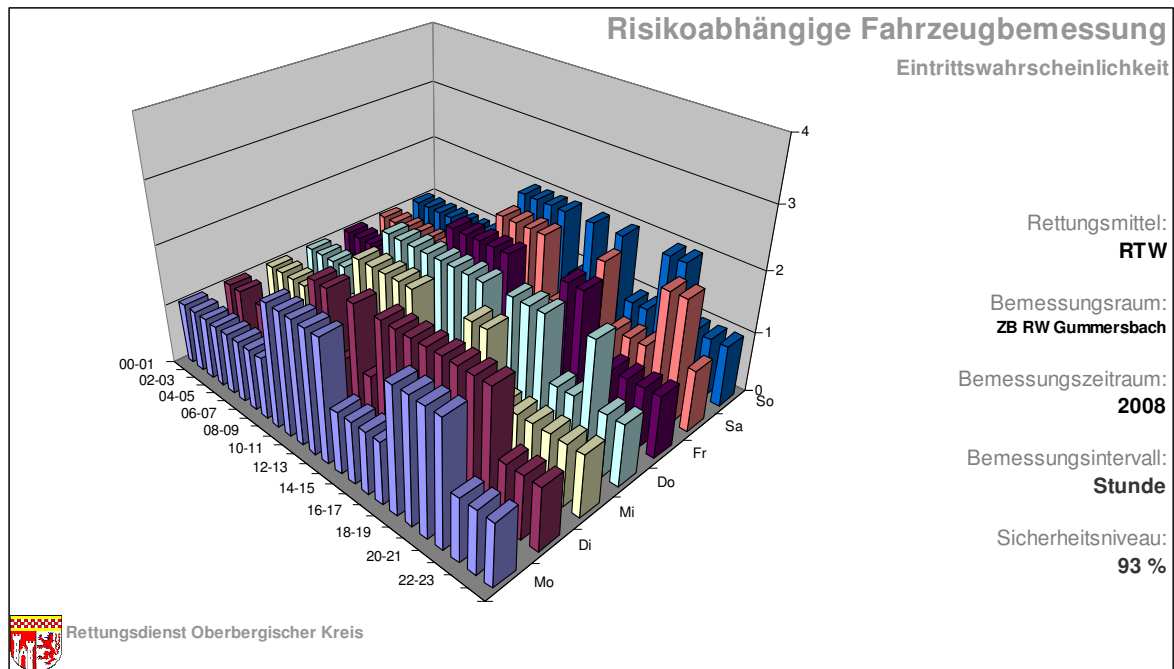


Diagramm 40 - Zielbereich Gummersbach 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

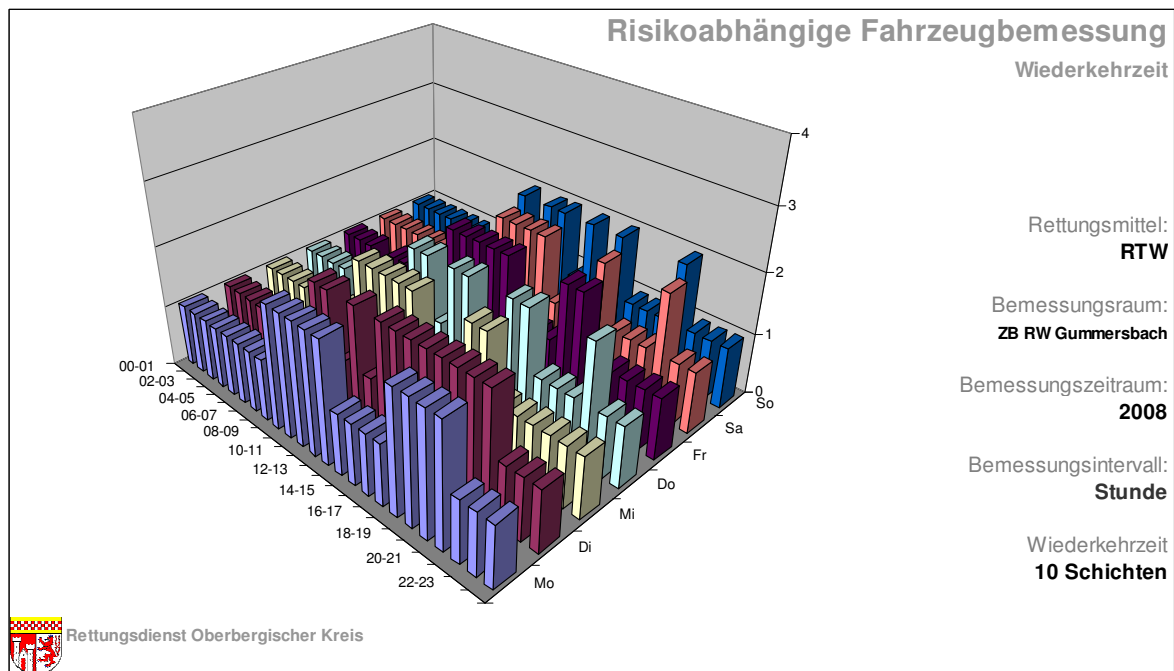


Diagramm 41 - Zielbereich Gummersbach 2008 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Hückeswagen

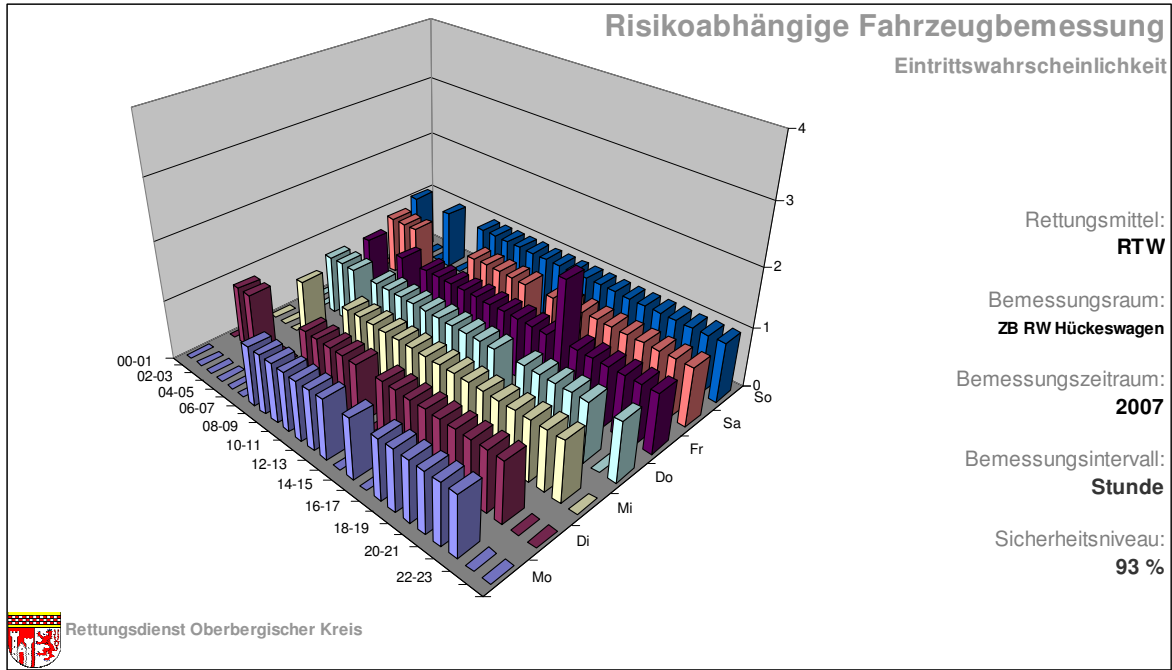


Diagramm 42 - Zielbereich Hückeswagen 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

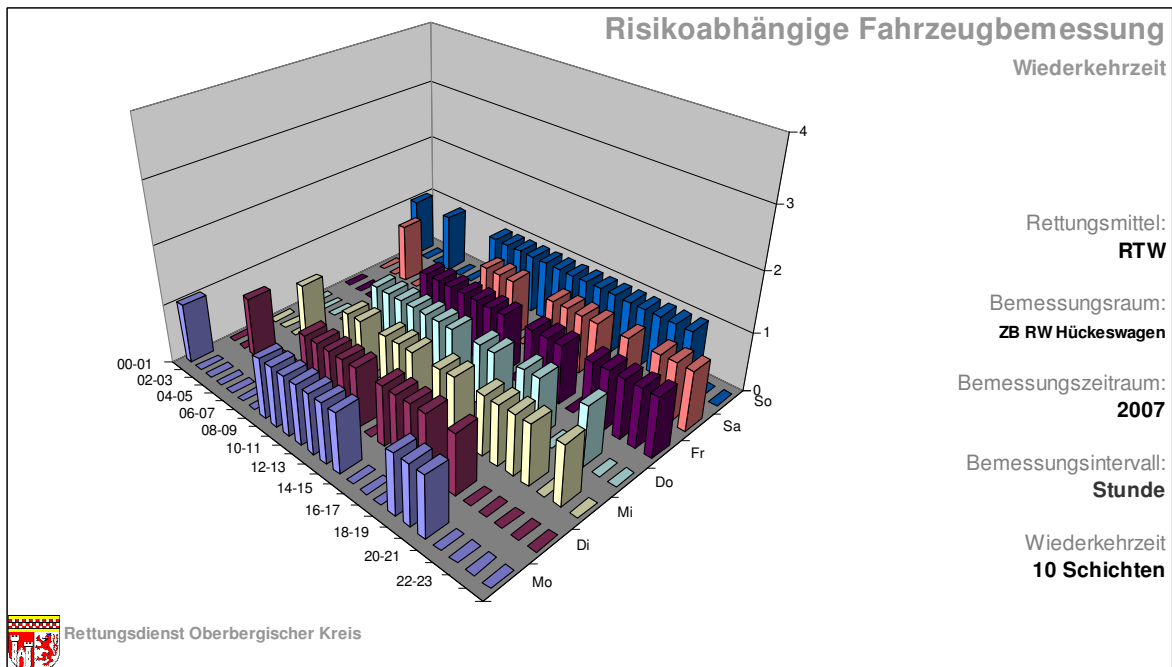


Diagramm 43 - Zielbereich Hückeswagen 2007 - Wiederkehrzeit

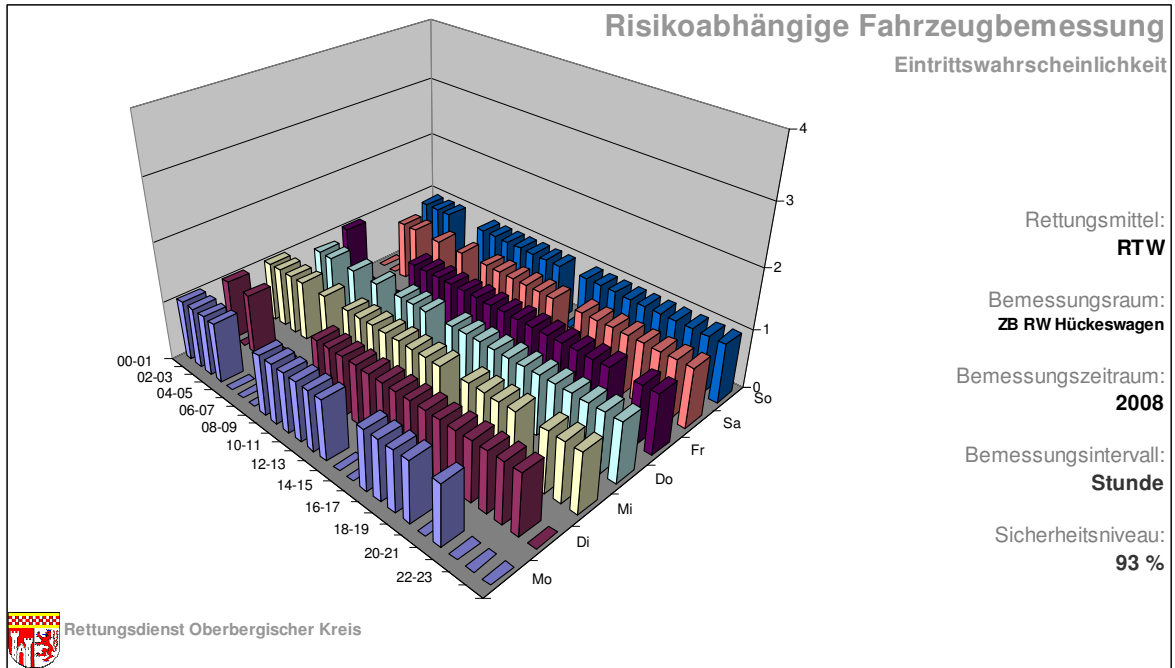


Diagramm 44 - Zielbereich Hückeswagen 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

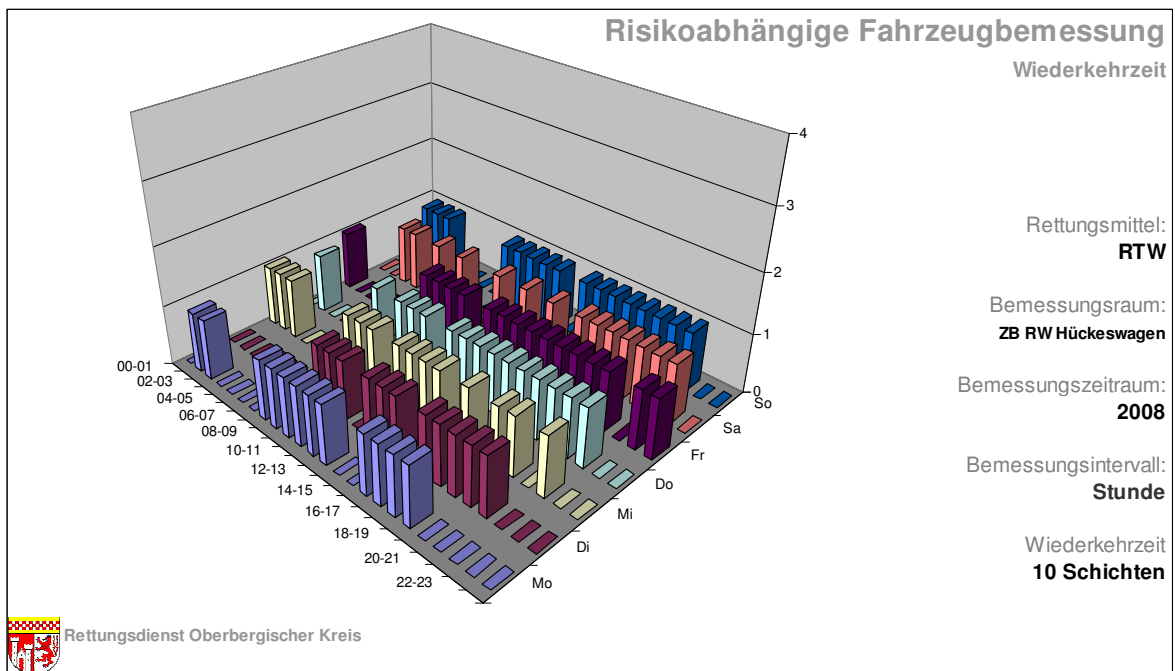


Diagramm 45 - Zielbereich Hückeswagen 2008 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Lindlar

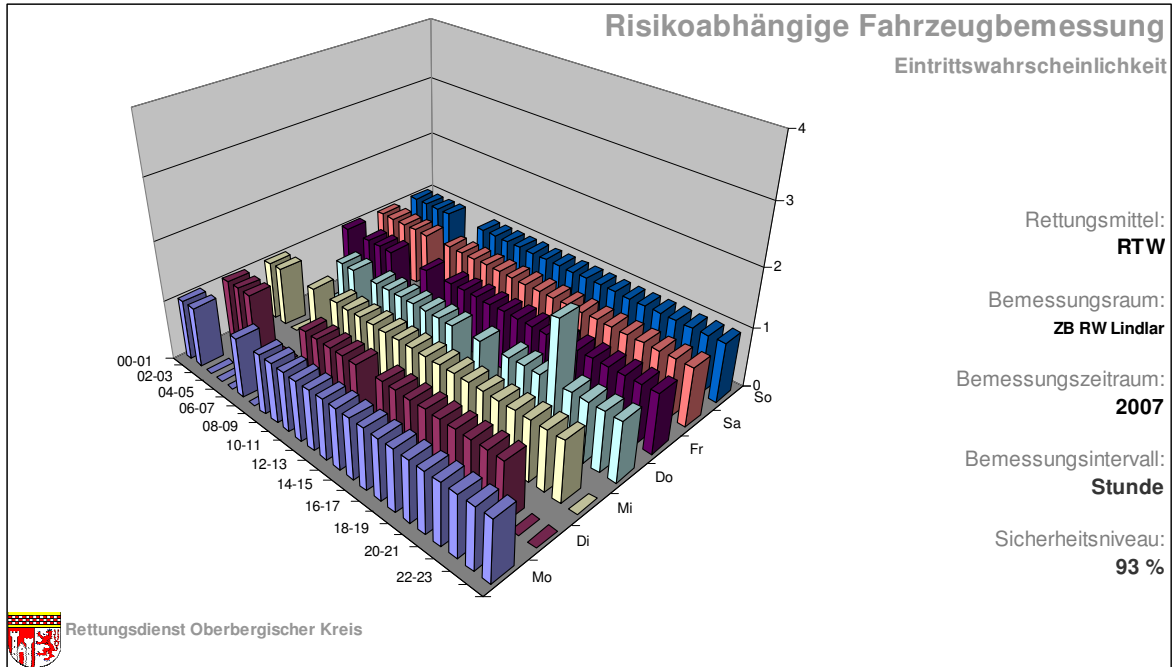


Diagramm 46 - Zielbereich Lindlar 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

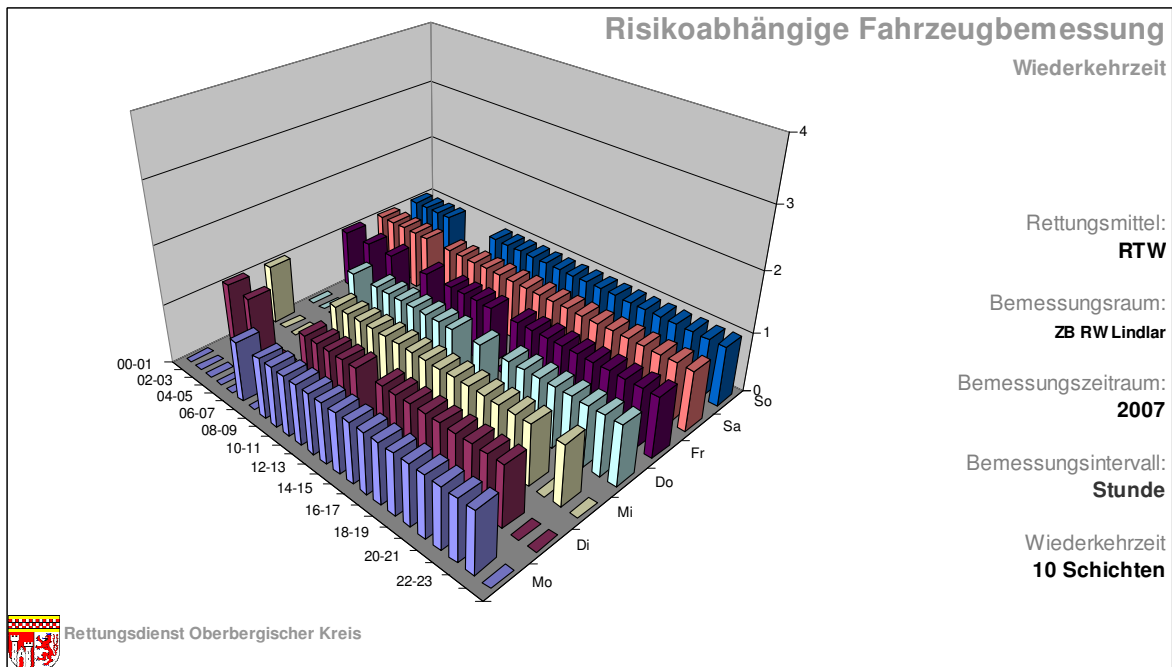


Diagramm 47 - Zielbereich Lindlar 2007 - Wiederkehrzeit

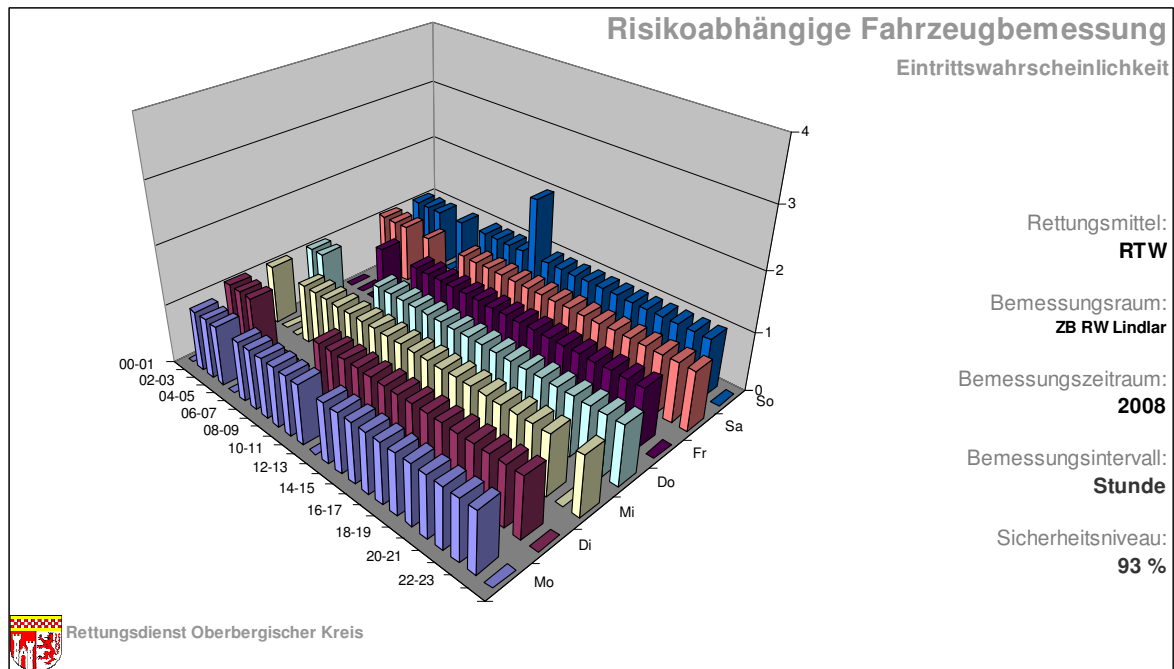


Diagramm 48 - Zielbereich Lindlar 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

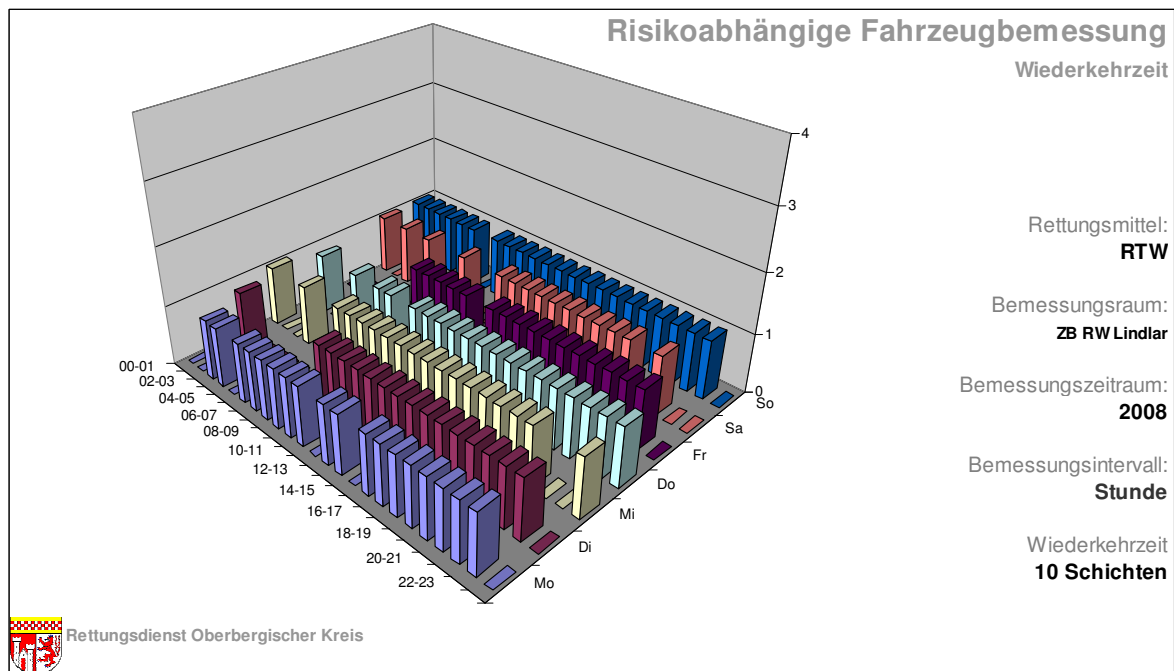


Diagramm 49 - Zielbereich Lindlar 2008 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Marienheide

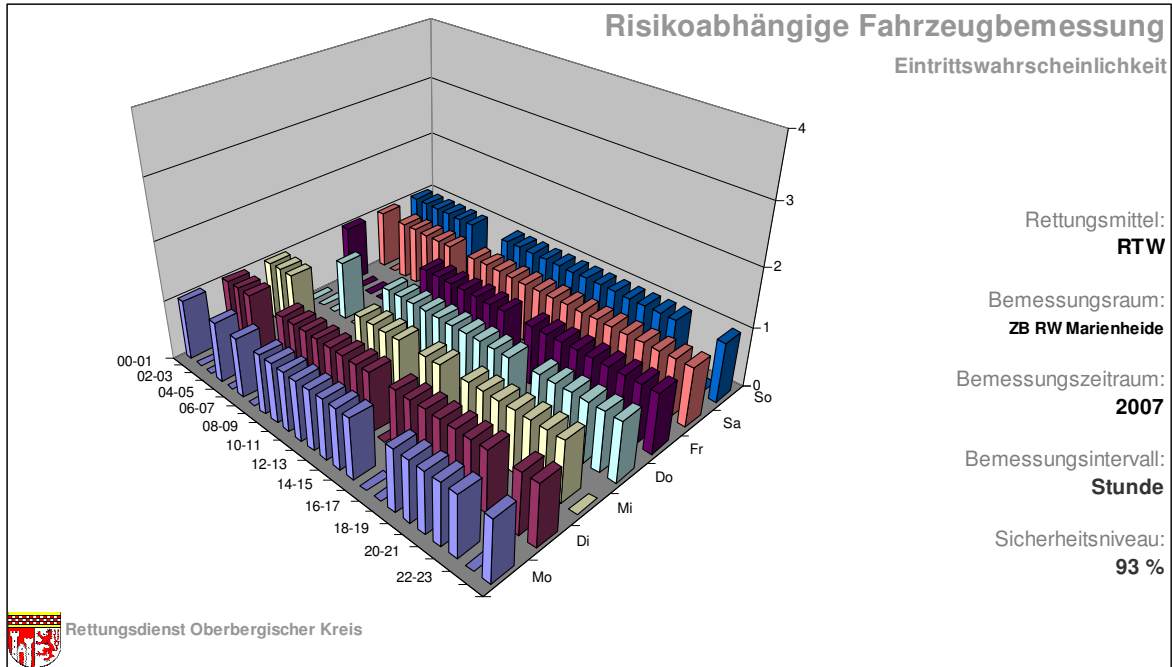


Diagramm 50 - Zielbereich Marienheide 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

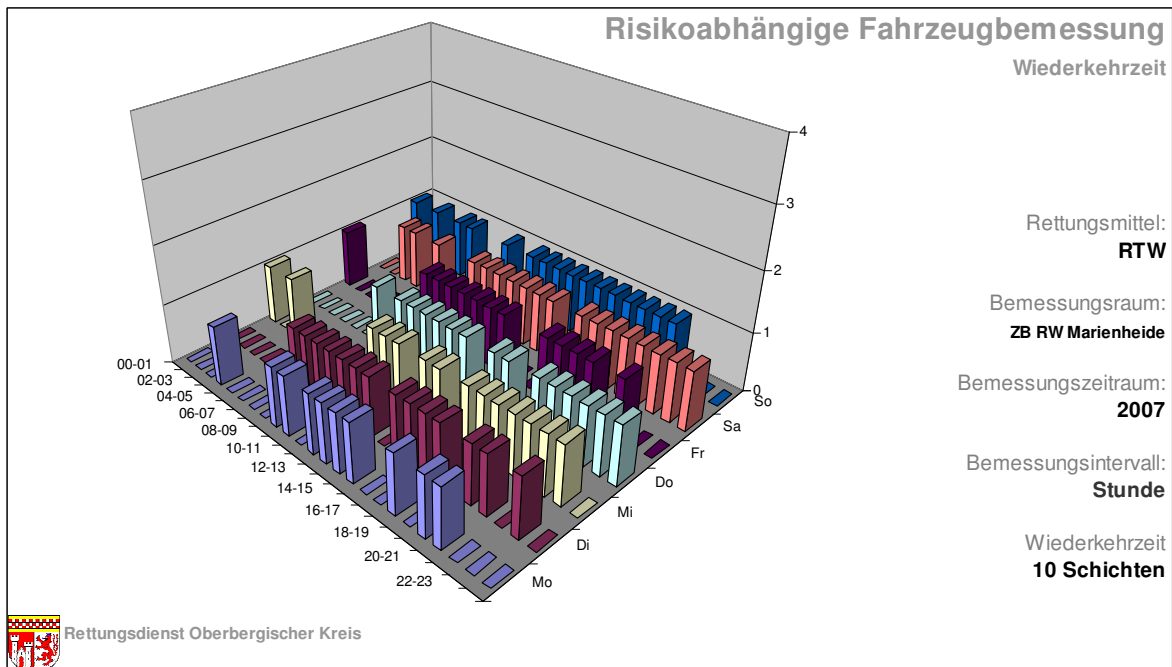


Diagramm 51 - Zielbereich Marienheide 2007 - Wiederkehrzeit

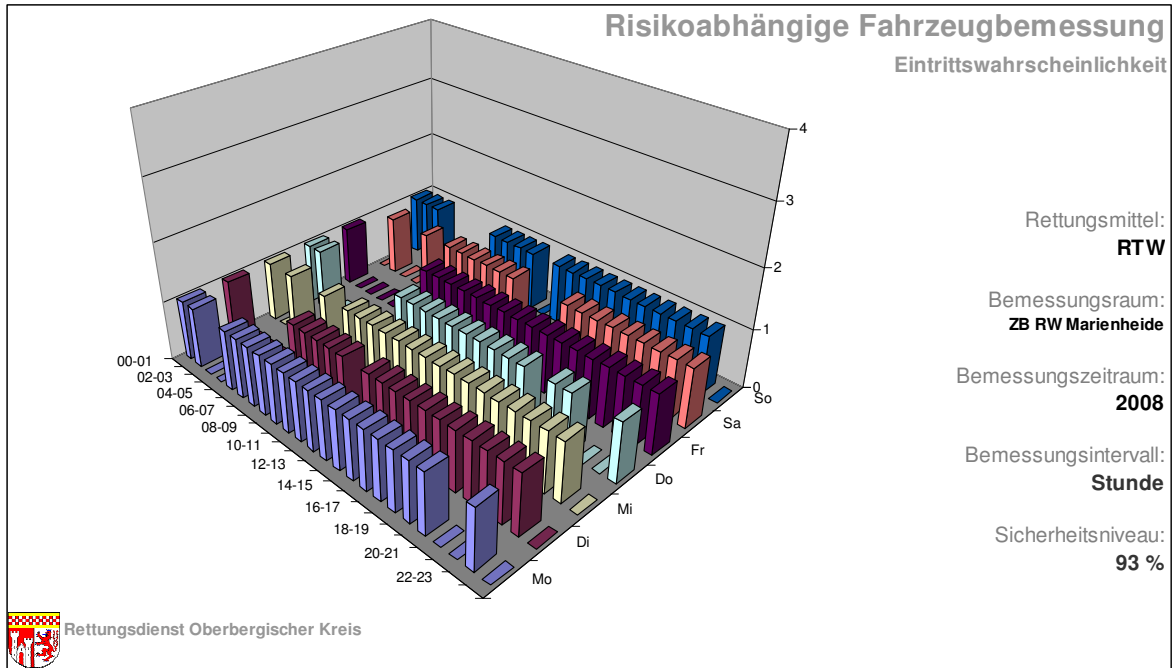


Diagramm 52 - Zielbereich Marienheide 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

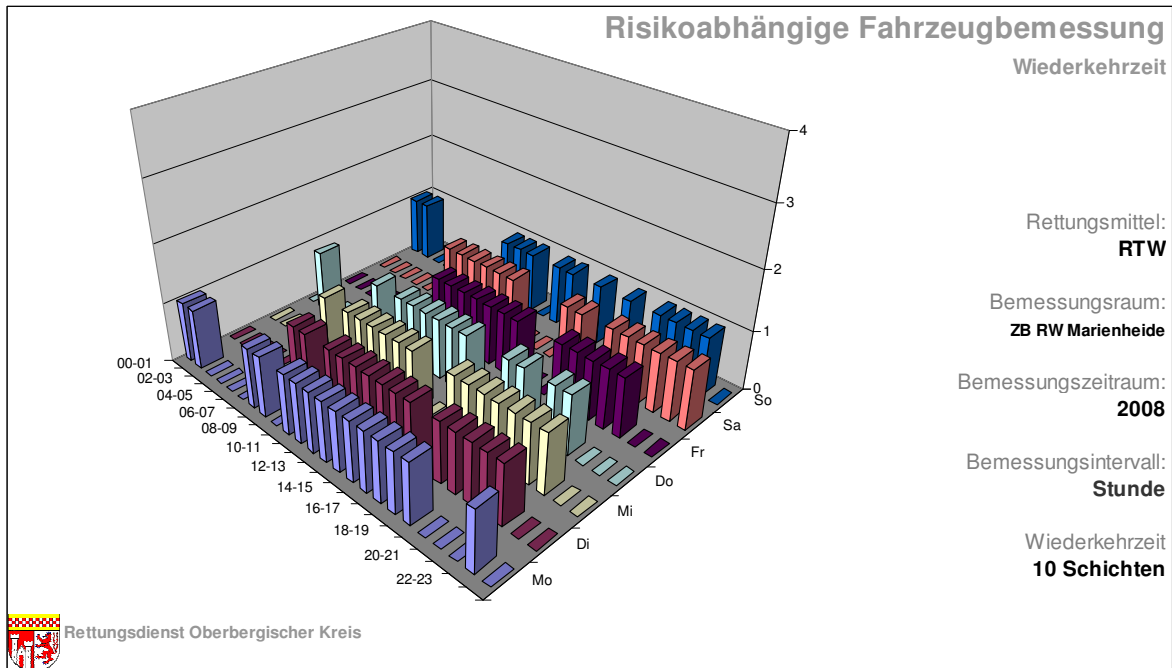


Diagramm 53 - Zielbereich Marienheide 2008 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Lichtenberg

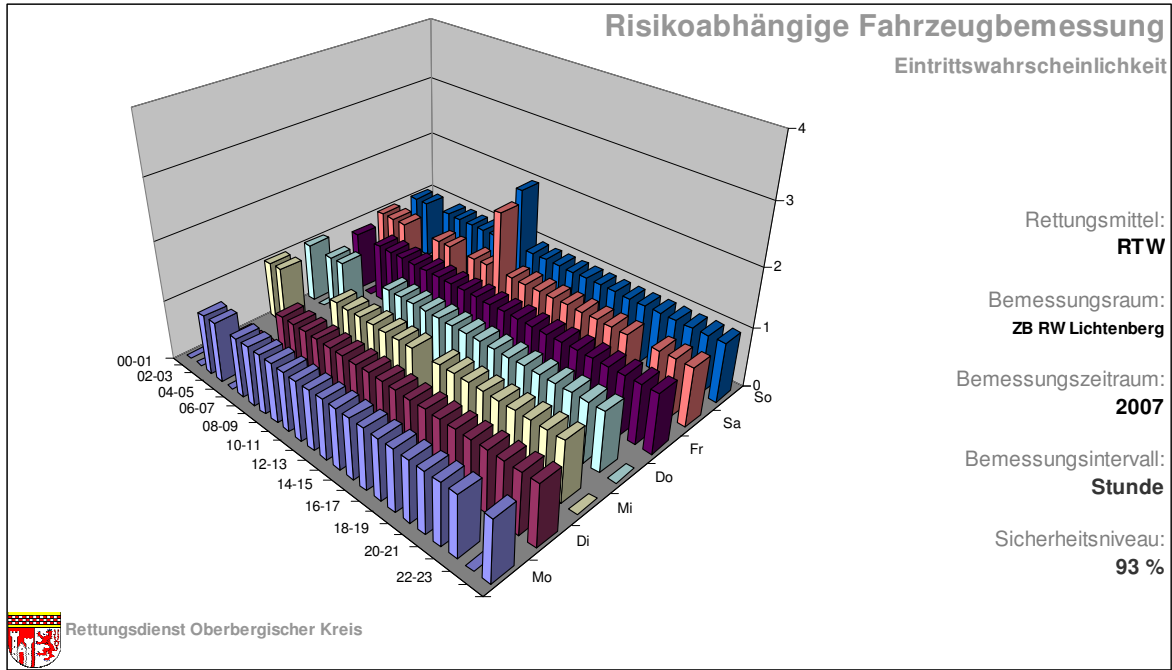


Diagramm 54 - Zielbereich Lichtenberg 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

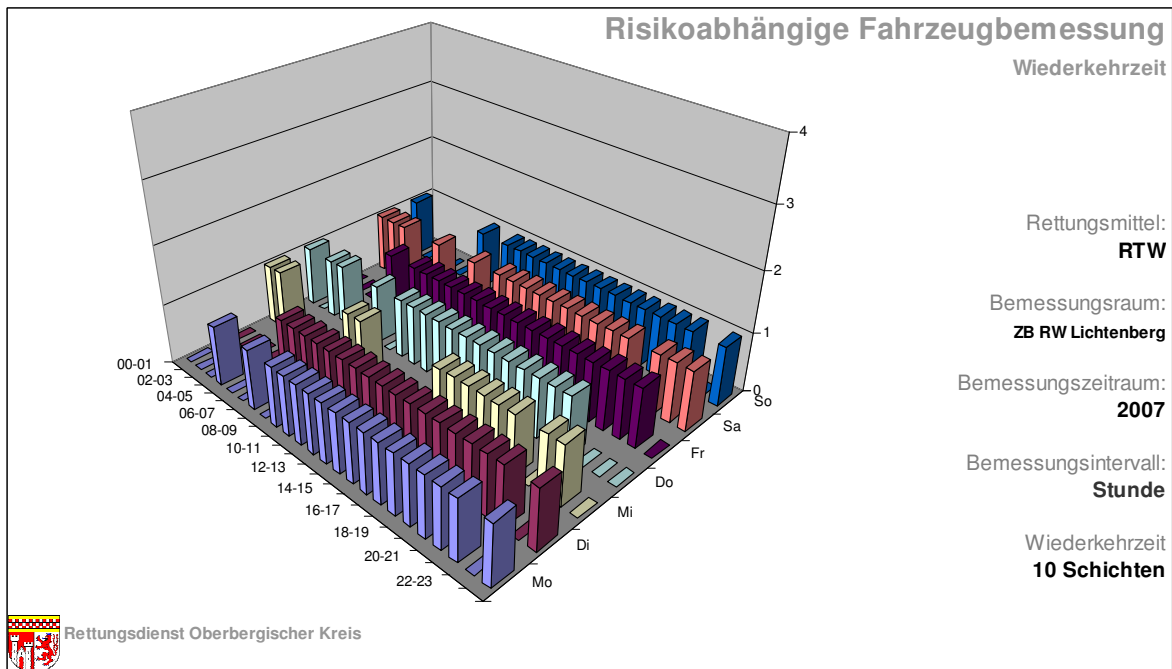


Diagramm 55 - Zielbereich Lichtenberg 2007 - Wiederkehrzeit

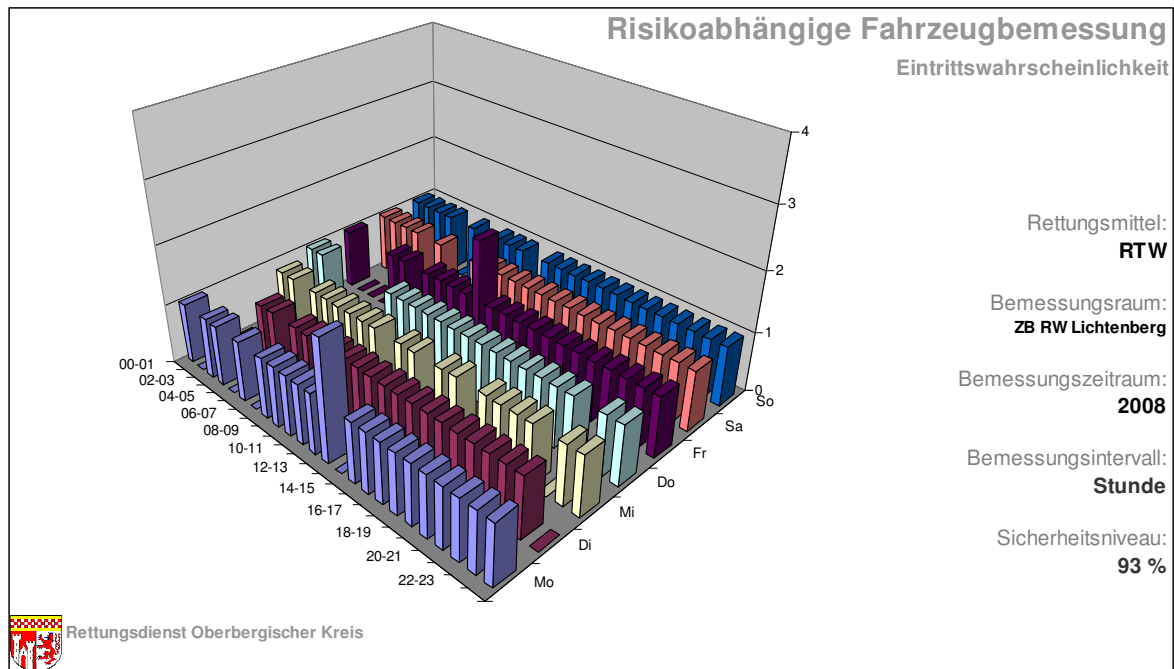


Diagramm 56 - Zielbereich Lichtenberg 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

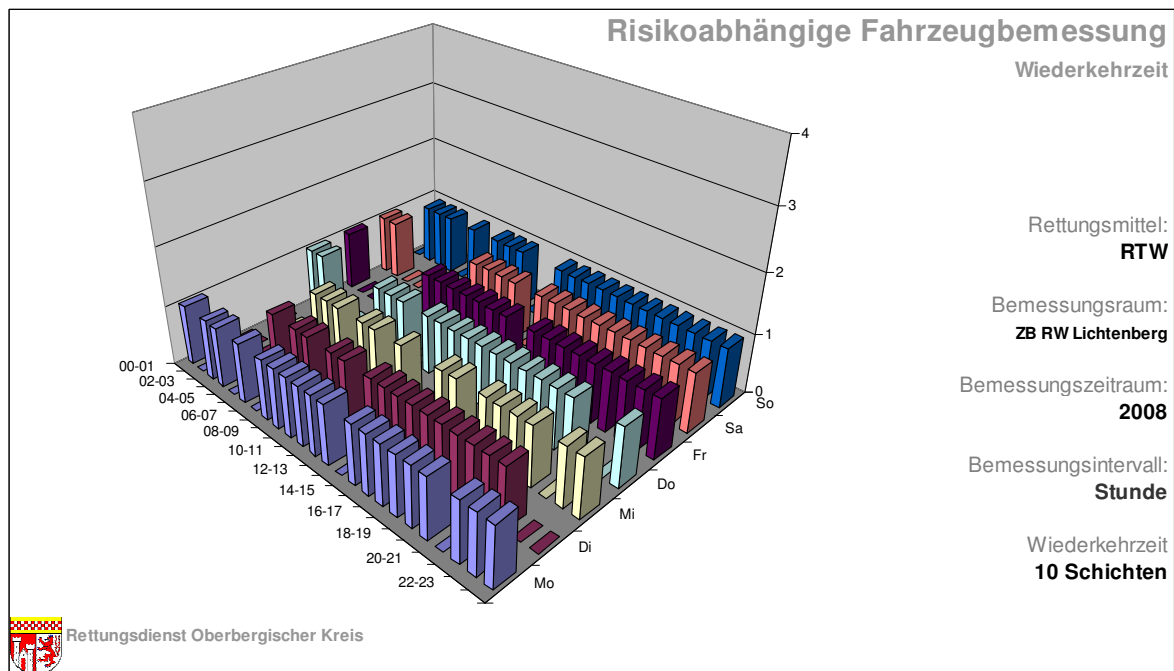


Diagramm 57 - Zielbereich Lichtenberg 2008 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Radevormwald

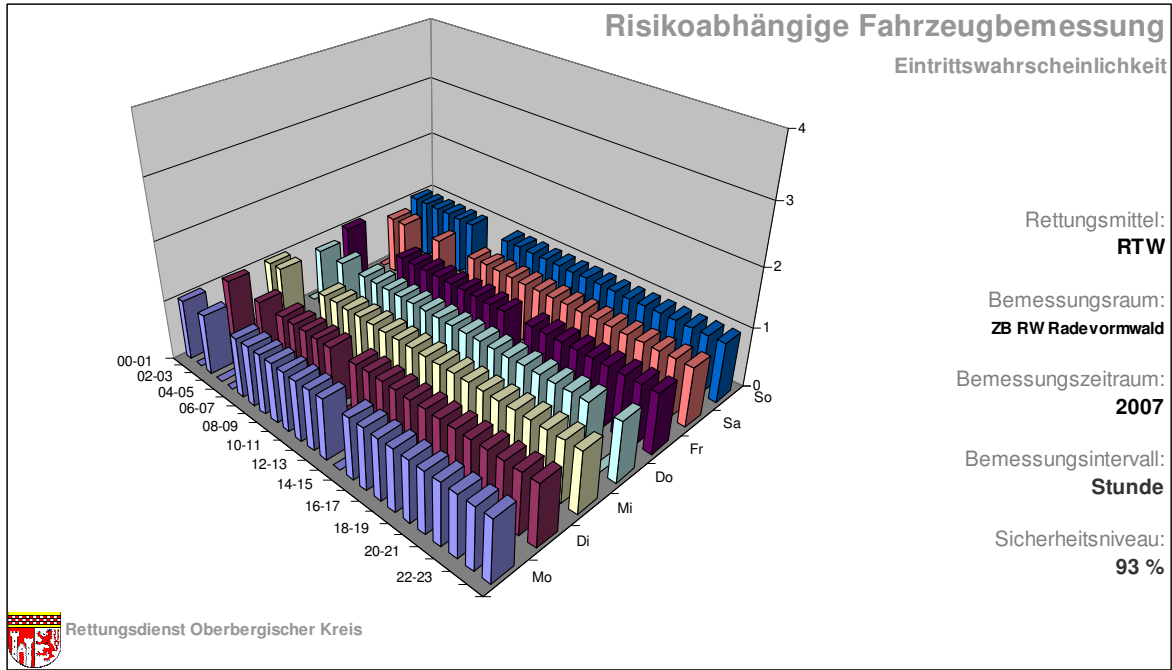


Diagramm 58 - Zielbereich Radevormwald 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

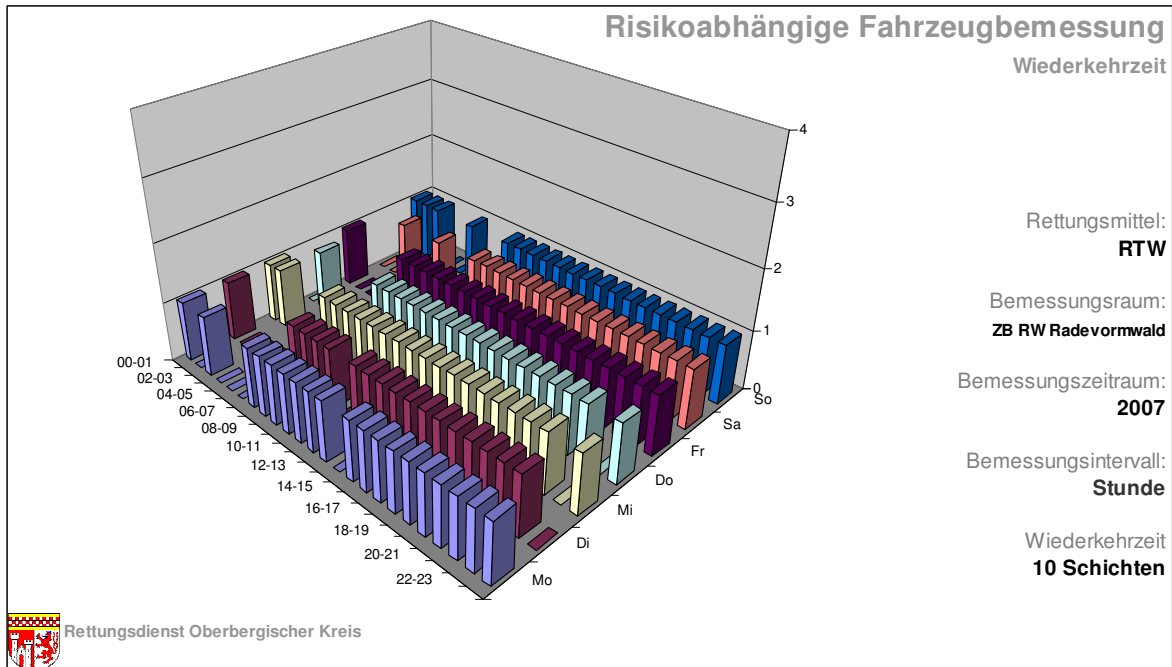


Diagramm 59 - Zielbereich Radevormwald 2007 - Wiederkehrzeit

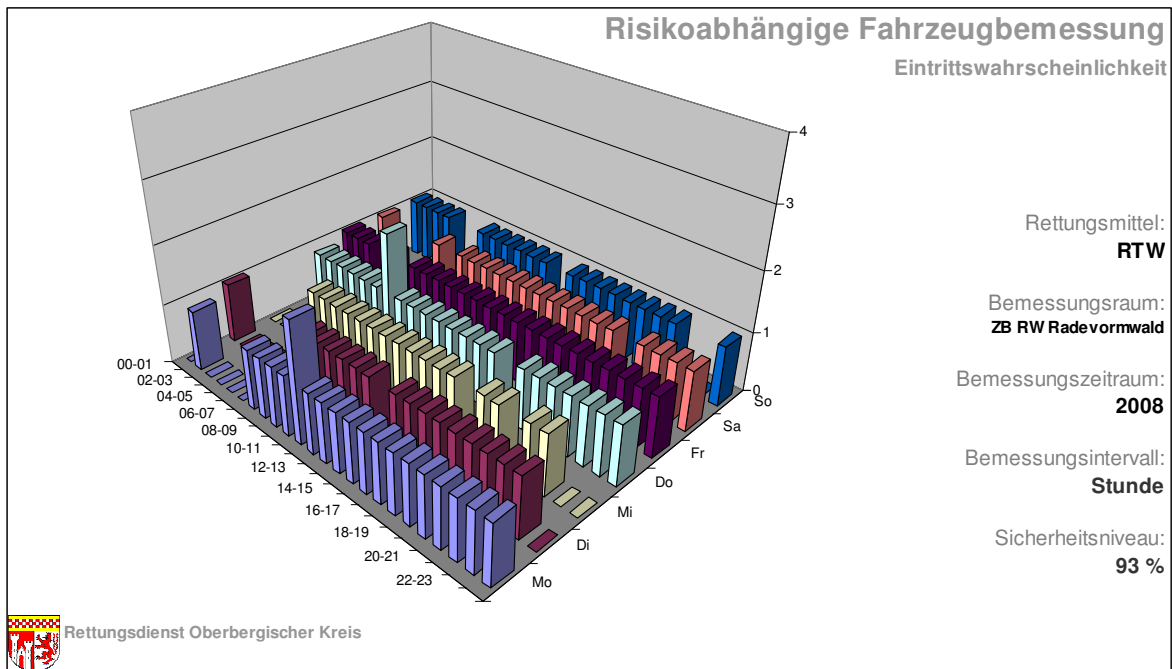


Diagramm 60 - Zielbereich Radevormwald 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

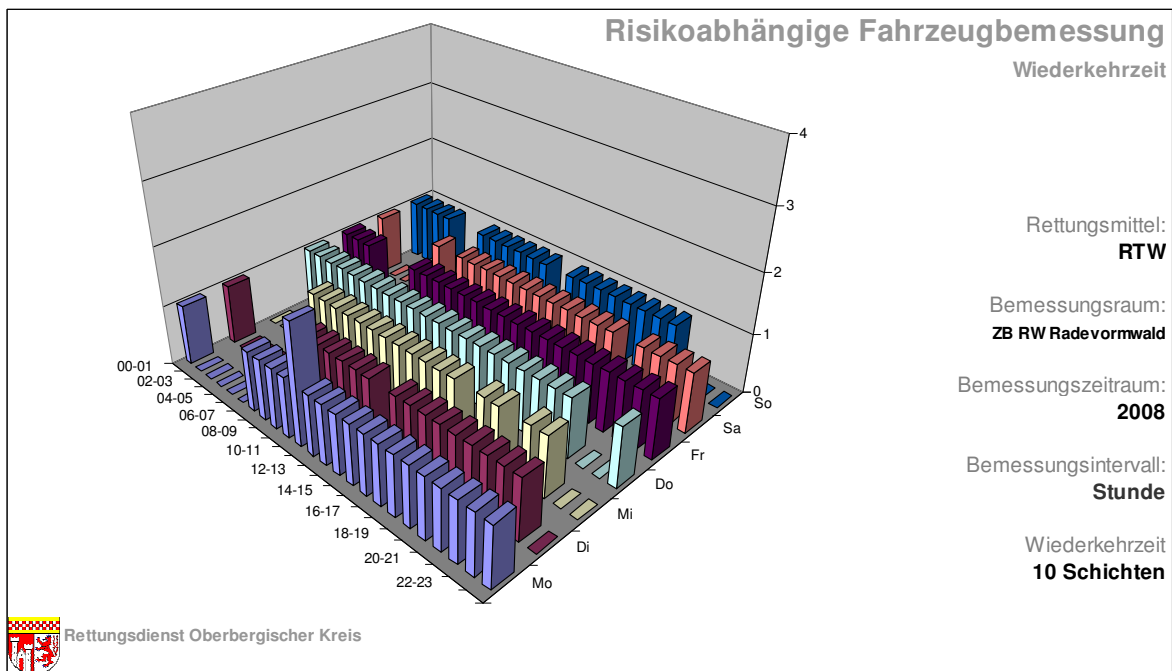


Diagramm 61 - Zielbereich Radevormwald 2007 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Waldbröl

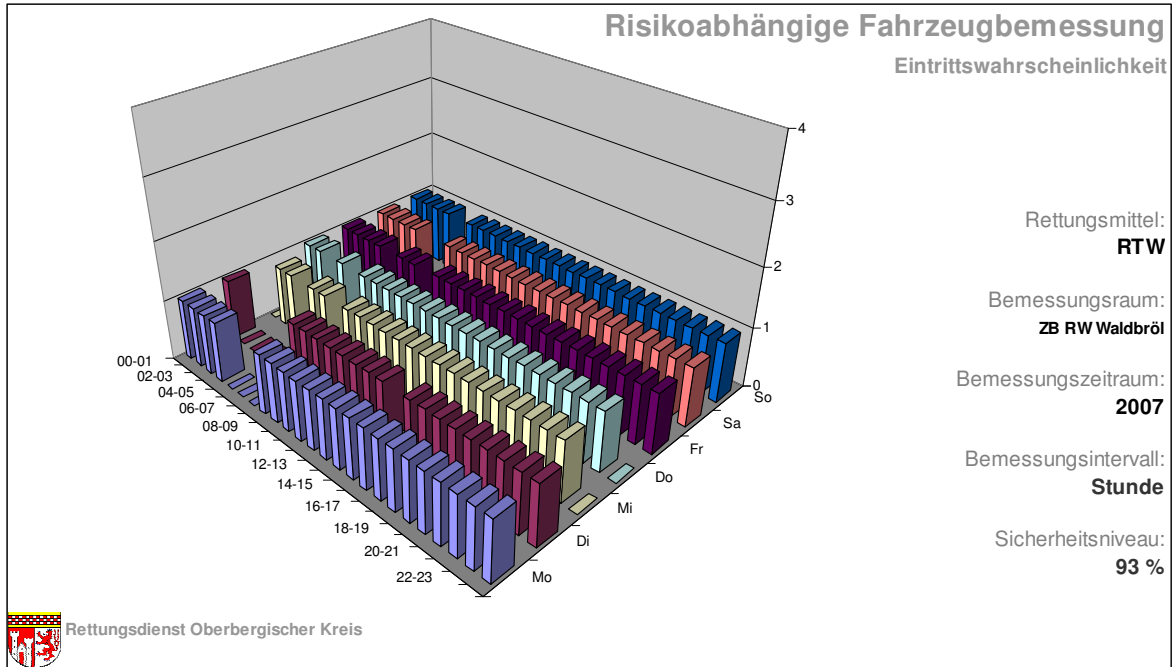


Diagramm 62 - Zielbereich Waldbröl 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

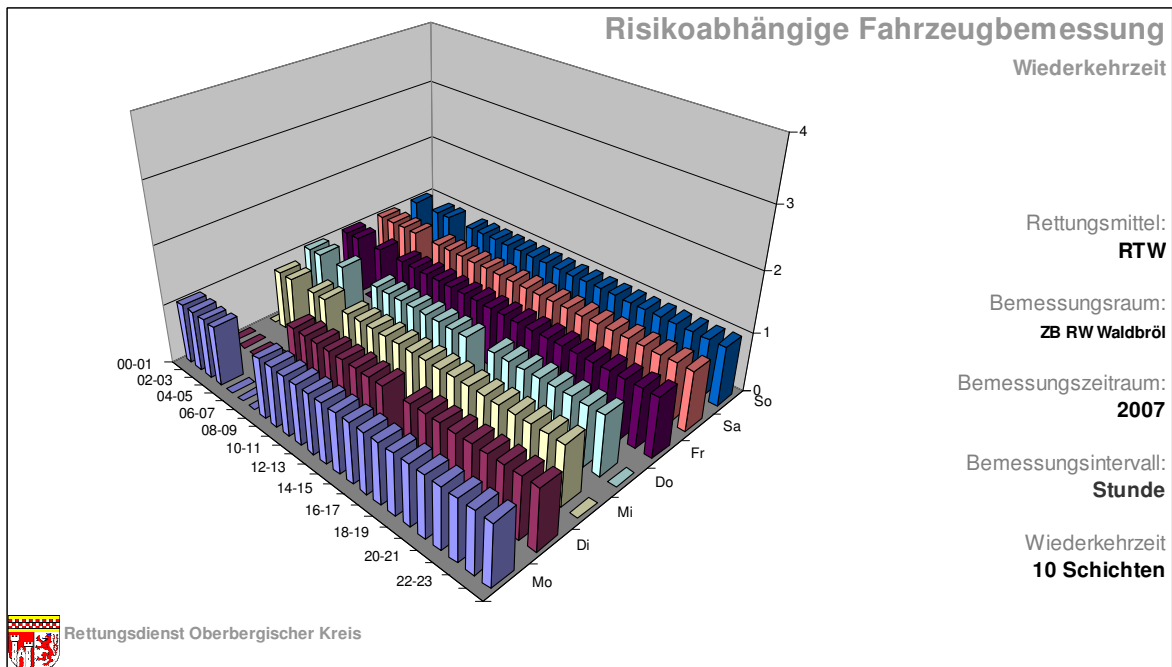


Diagramm 63 - Zielbereich Waldbröl 2007 - Wiederkehrzeit

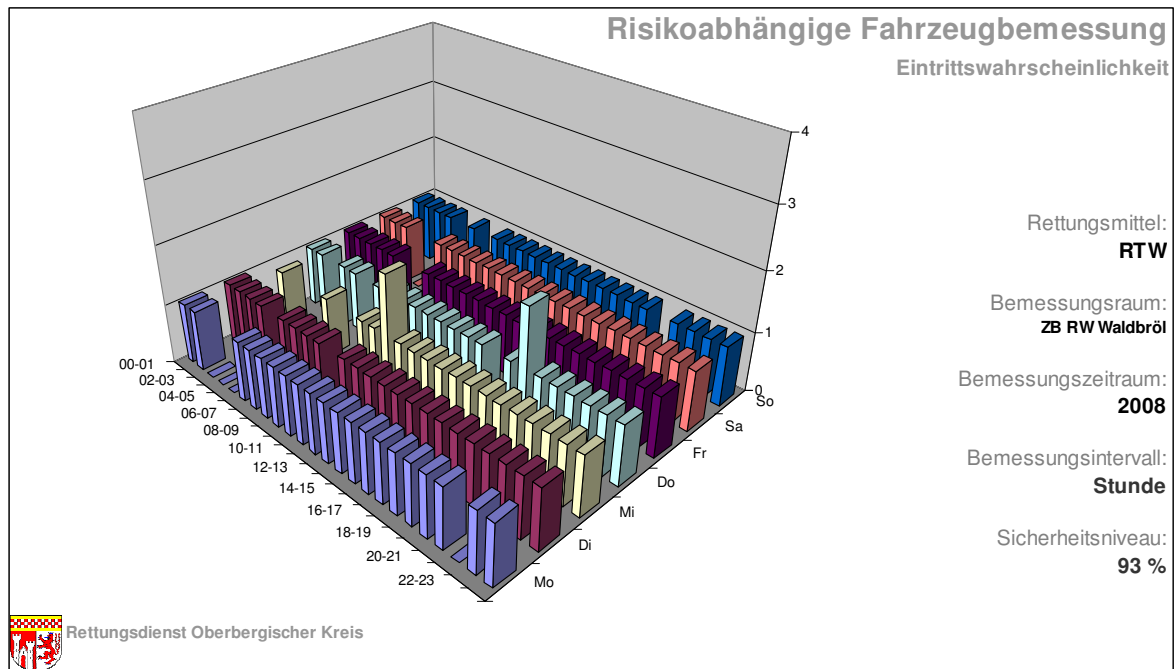


Diagramm 64 - Zielbereich Waldbröl 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

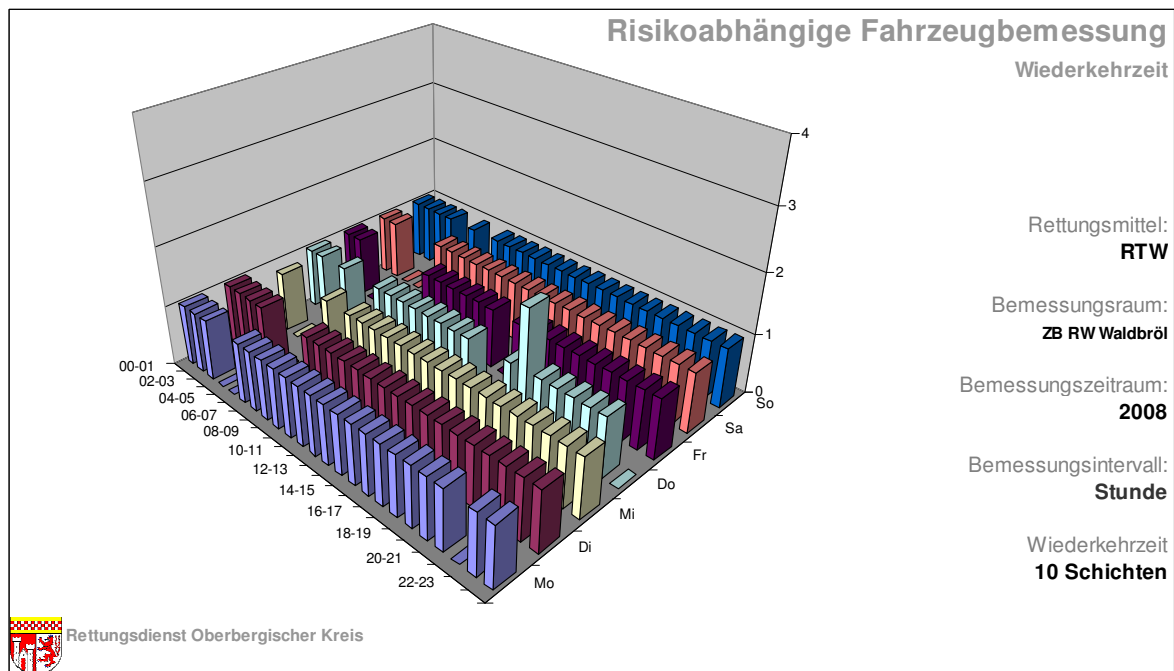


Diagramm 65 - Zielbereich Waldbröl 2008 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Elsenroth

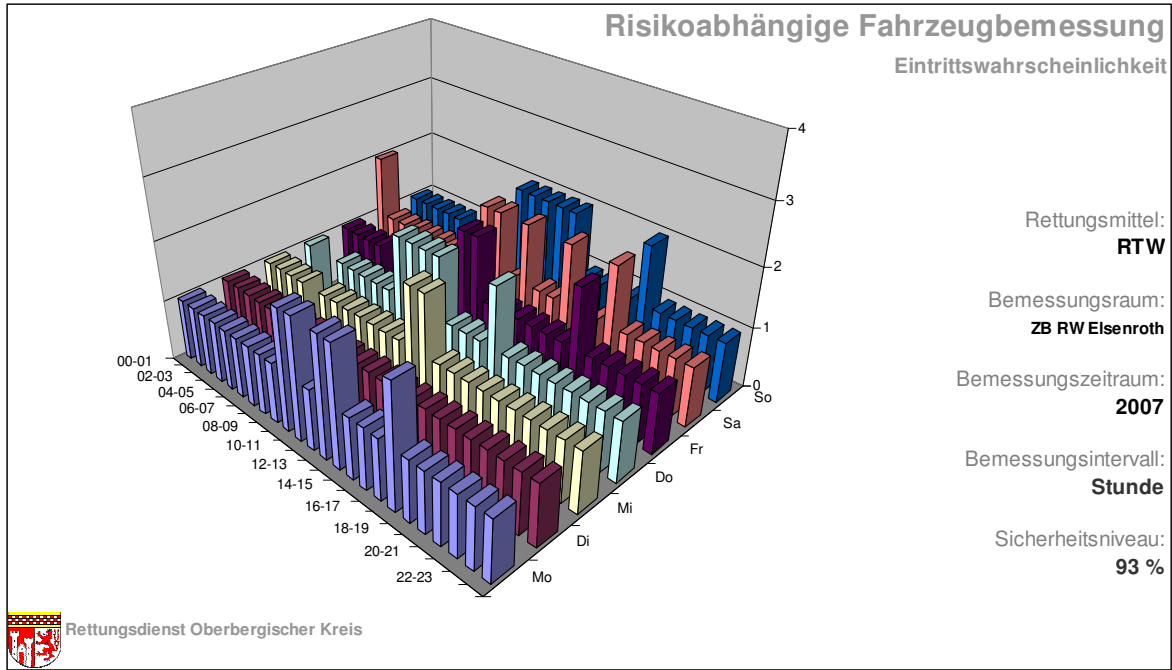


Diagramm 66 - Zielbereich Elsenroth 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

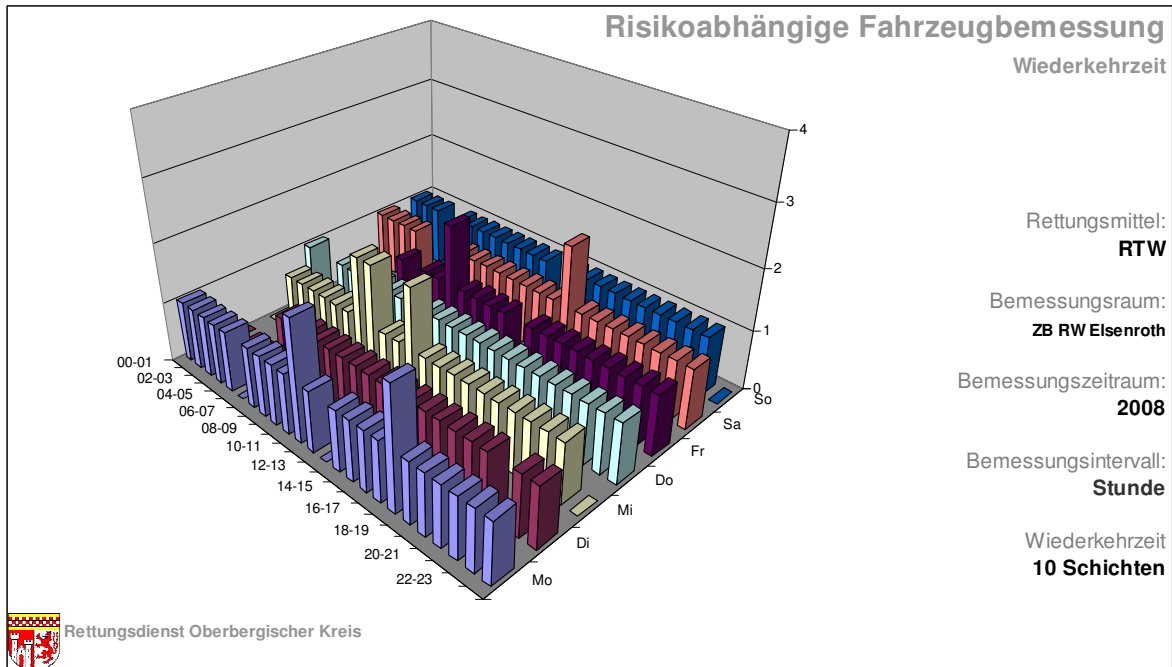


Diagramm 67 - Zielbereich Elsenroth 2007 - Wiederkehrzeit

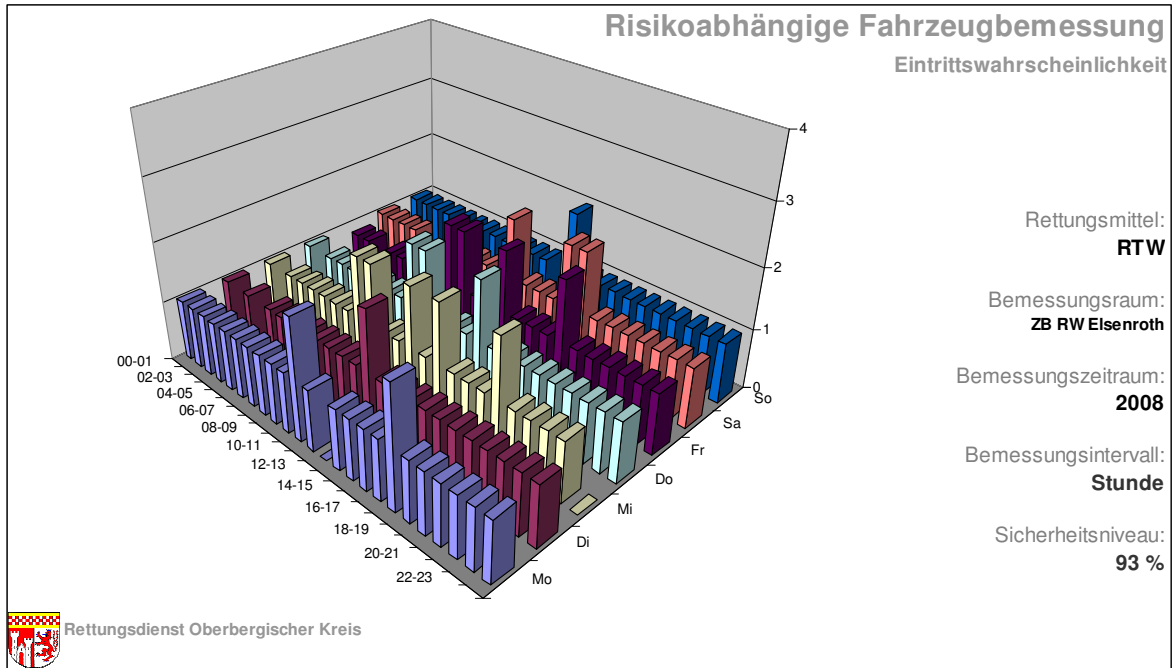


Diagramm 68 - Zielbereich Elsenroth 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

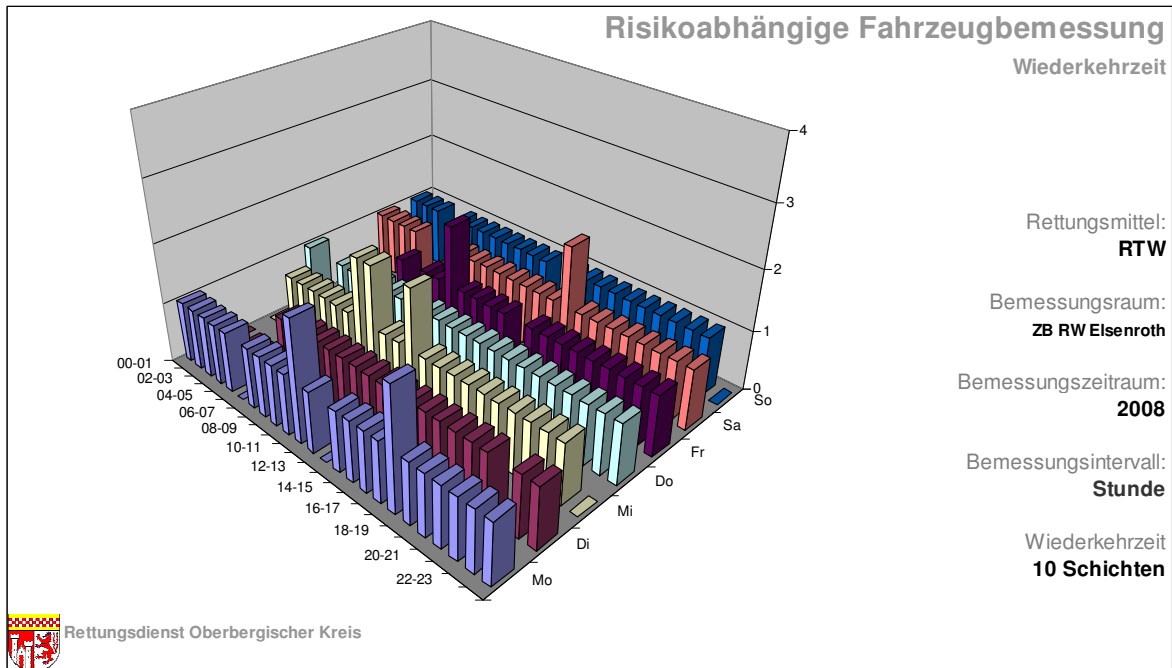


Diagramm 69 - Zielbereich Elsenroth 2008 - Wiederkehrzeit

Zielbereich Rettungswache Wipperfürth

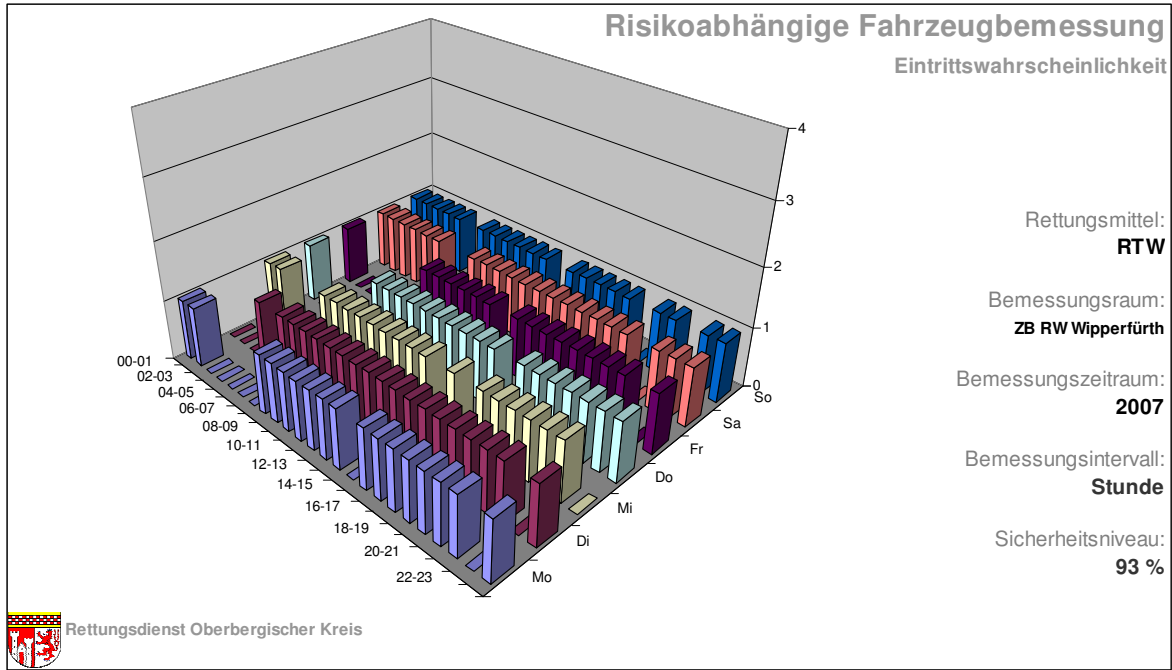


Diagramm 70 - Zielbereich Wipperfürth 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

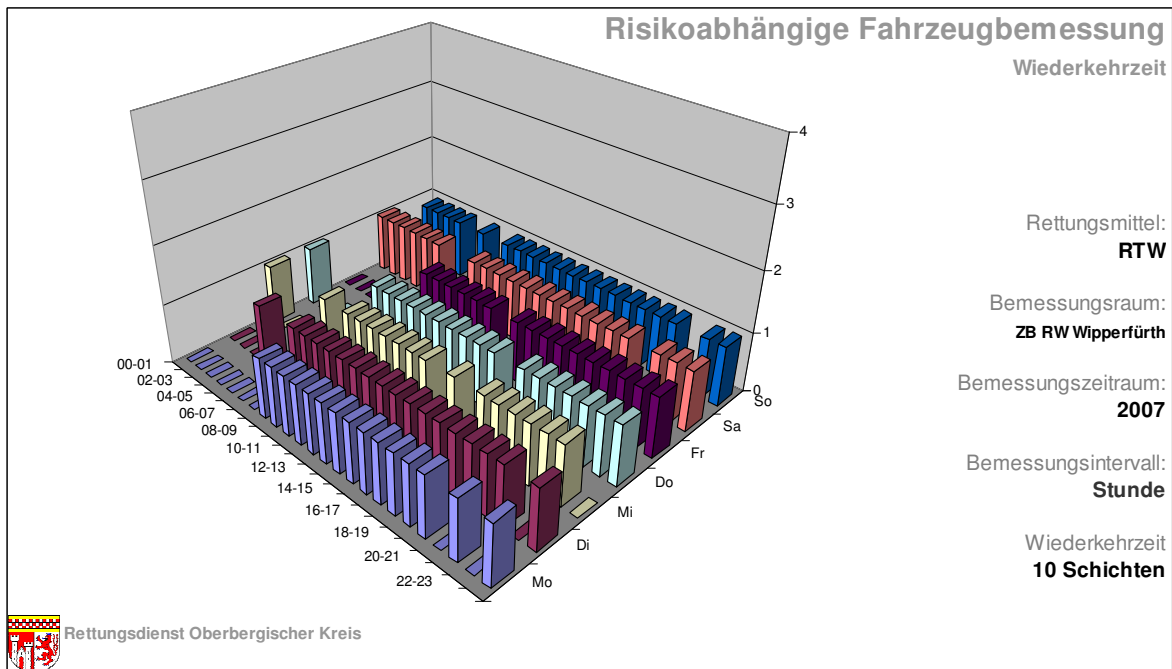


Diagramm 71 - Zielbereich Wipperfürth 2007 - Wiederkehrzeit

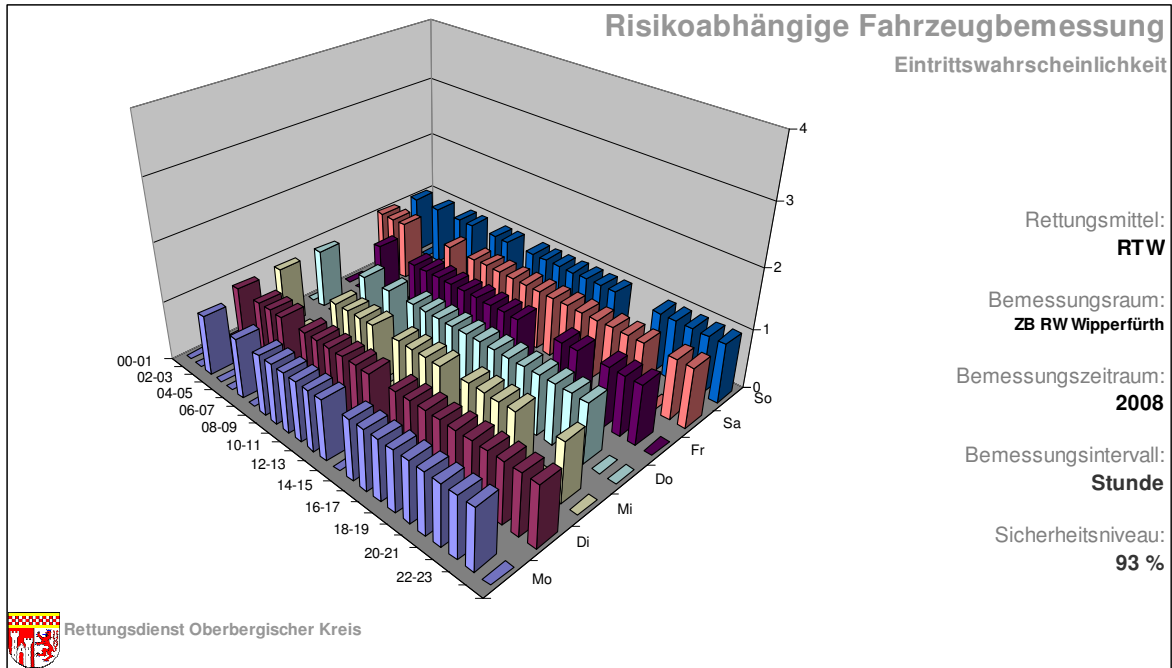


Diagramm 72 - Zielbereich Wipperfürth 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

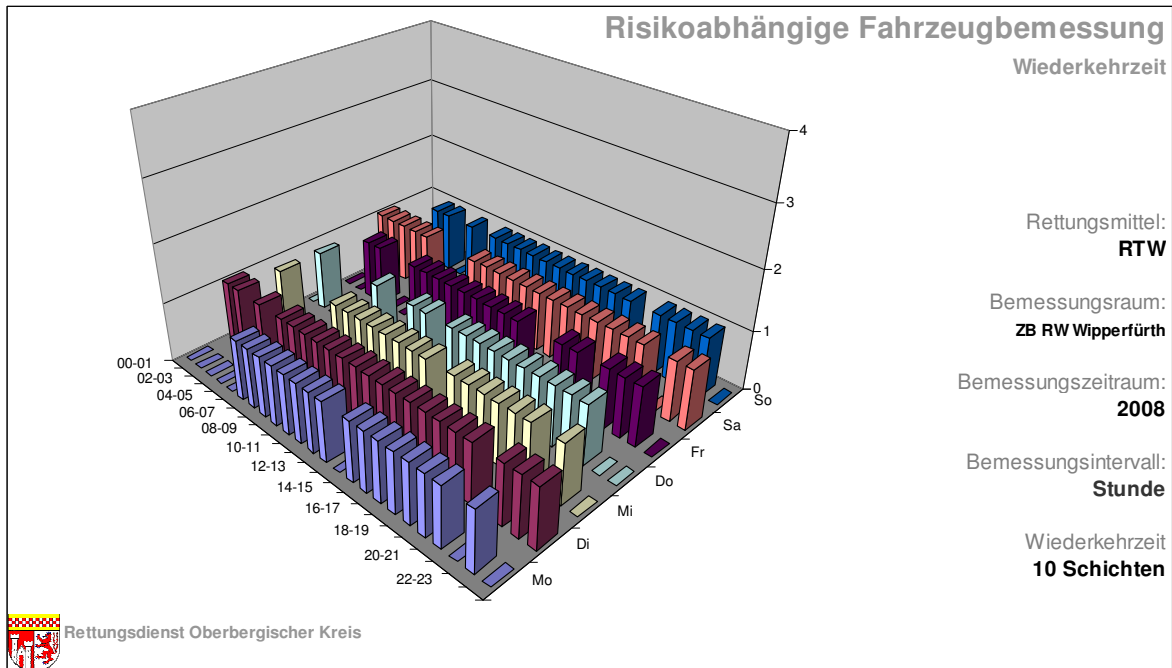


Diagramm 73 - Zielbereich Wipperfürth 2008 - Wiederkehrzeit

2.7 Beurteilung/Konsequenzen

Aus den Kapiteln 2.4.7 und 2.6 werden die Ergebnisse der Berechnungen und Auswertungen hier beurteilt. Die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen werden dann unter dem Abschnitt Konsequenzen dargestellt.

Anhand der in Kapitel 2.4.6 dargestellten Betrachtung wird die *planerische Hilfsfrist* durch vier Faktoren determiniert.

A:	Ausrückzeit
B :	Die Größe des Rettungswachenbereiches
C:	Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Einsatzfahrzeugen an einer bedarfsgerechten Rettungswache
D:	Sonstige Rahmenbedingungen des jeweiligen Standortes

- Im ersten Schritt ist zum jeweiligen Versorgungsbereich einer Rettungswache eine Übersicht gegliedert, nach diesen Faktoren, dargestellt. Zur Ergebnisdarstellung dient eine grafische Darstellung. Diese gibt die Erfüllung oder Nichterfüllung der Kriterien an. Diese werden einzeln dargestellt und erläutert.
- In zweiten Schritt werden die Ursachen für die Nichterreichung von Zielkriterien benannt.
- In dritten Schritt werden dann die notwendigen Konsequenzen für jede einzelne Rettungswache dargestellt.

Anmerkung/Definition

Historisch-empirisch bedeutet, dass im vorherigen Rettungsdienstbedarfsplan Kontrollfahrten im Einsatzgebiet durchgeführt wurden. Mit Hilfe dieser Angaben wurde das Einsatzgebiet bemessen.

Rechnerisch-kontrolliert bedeutet, dass in jedem Rettungswachenversorgungsbereich jeweils mindestens acht Fahrten unter Einsatzbedingungen zu jeweils drei verschiedenen Tageszeiten durchgeführt wurden. Die so ermittelten Daten wurden in einer speziellen Software zur kontrollierten rechnerischen Analyse verwendet, um die Isochronenberechnung eines jeden Versorgungsbereiches für jede einzelne Rettungswache durchzuführen.

2.7.1 Rettungswache 1 – Bergneustadt

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✗	✗	✗	✓	✗	✗

Tabelle 11 - Darstellung Rettungswache Bergneustadt

A: Ausrückzeit

Die Ausrückzeit von kleiner oder gleich 120 Sekunden kann von der Rettungswache 1 stetig nicht erreicht werden. Diese liegt bei 123 Sekunden durchschnittlich im Jahr 2007 und 116 Sekunden im Jahr 2008. Die Nichteinhaltung der maximal zulässigen Ausrückzeit beeinflusst alle nachfolgenden Zeiten.

B: Die Größe des Rettungswachenversorgungsbereiches

Der Versorgungsbereich der Rettungswache 1 ist historisch empirisch größer bemessen, als, rechnerisch kontrolliert ausgewiesen, in 90% aller Notfälle innerhalb von 12 Minuten zu erfahren. Im Bereich Rettungswache 1 beträgt der Hilfsfristerreichungsgrad im Jahr 2007 81,69%, im Jahr 2008 81,62%.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Einsatzfahrzeugen

Die Berechnung nach Poisson weist eine Unterschreitung des Sicherheitsniveaus im Versorgungsbereich der Rettungswache 1 aus. Die Vorhaltung eines Rettungswagens ist an vielen Tageszeitstunden nicht ausreichend.

D: Sonstige Rahmenbedingungen des Standortes Bergneustadt

Die Rettungswache Bergneustadt ist Außenwache der Rettungswache Gummersbach. Alle Außenwachen sind nicht an Krankenhäusern stationiert. Dadurch haben Fahrzeuge an Außenwachen jeweils einen Rückfahrweg zur eigenen Wache. Da die Rettungswache 1 Bergneustadt, die Wache mit der zweithöchsten Einsatzfrequenz ist, wird der Rettungswagen häufig nicht im eigenen Versorgungsbereich, sondern „von unterwegs“ alarmiert. Dementsprechend sind in diesen Fällen die Anfahrtzeiten länger.

Bewertung

A: Ausrückzeit

An der Rettungswache 1 Bergneustadt sind weite Wege von den Personalaufenthaltsräumen bis zu den Fahrzeugen zurückzulegen. Vor dem Verlassen der Fahrzeughalle müssen die Tore von Hand geöffnet werden und nach dem Verlassen der Halle müssen diese ebenfalls manuell geschlossen werden.

Beide Faktoren, lange Wege und zeitaufwendiges Öffnen und Schließen der Tore lassen eine schnelle Ausrückzeit, von weniger als 120 Sekunden oftmals nicht zu.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Die Abbildung zeigt zwei empirisch ausgewiesene Gebiete, nämlich den südlichen Teil des Rettungswachenversorgungsbereiches 1 und den nördlichen Teil des Rettungswachenversorgungsbereiches 7.

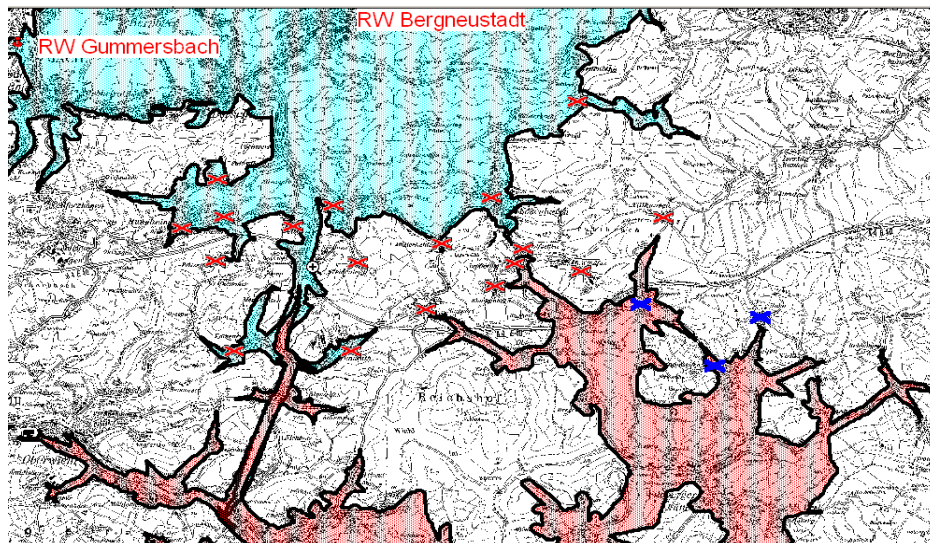


Abbildung 22 - Hilfsfristüberschreitungen in der Gemeinde Reichshof

Die durch Kreuze auf der Karte markierten Punkte bezeichnen Ortschaften aus beiden Rettungswachenversorgungsbereichen, welche häufig nicht innerhalb der Hilfsfrist erreicht werden können. In dieser Darstellung werden Überschreitungen von größer 20% Nichteinhaltung der Hilfsfrist, in diesen Ortslagen gezeigt.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Einsatzfahrzeugen

Das Ergebnis der Bedarfsrechnung nach Poisson hat zum Ergebnis, dass temporär ein zweites Rettungsmittel verfügbar sein sollte. Die Etablierung eines zweiten Rettungsmittels, welches teilweise unterstützend im Bereich der Rettungswache 1 eingesetzt werden könnte, ist notwendig. Eine Unterbringung am Standort Bergneustadt, unter Beachtung der Ergebnisse der Gebietsbemessung, aus dem Abschnitt B zeigt, dass die dort nicht regelmäßig erreichten Gebiete, auch durch ein am Standort Bergneustadt verfügbares Rettungsmittel nicht innerhalb der Hilfsfrist erreicht werden können. In Konsequenz dessen sollte ein neuer Rettungswachenstandort unterstützend für den Rettungswachenstandort 1 und gebietsdeckend für die nicht erreichten Gebiete eingerichtet werden.

Konsequenzen

A: Ausrückzeiten

Zwei Faktoren bedingen die langen Ausrückzeiten auf der Rettungswache 1.

Während die langen Wege nicht durch technische Maßnahmen verkürzt werden können, ist der Einbau von vollautomatischen Garagentoren technisch möglich und sinnvoll, da diese Investition auch bei einer möglichen Nutzungsänderung, auch für die Feuerwehr, die im gleichen Gebäude untergebracht ist, von Vorteil wäre. Der Einbau elektrisch steuerbarer, automatischer Garagentore sollte vorgenommen werden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Der der Rettungswache 1 zugewiesene Versorgungsbereich ist zu groß, als dass er vom Standort aus, den Vorgaben folgend, in 90 % aller Notfälle, diese in 12 Minuten erreichen kann.

Auch vom benachbarten Standort der Rettungswache 7 (Lichtenberg) sind nicht abgedeckte Gebiete im Bereich der Gemeinde Reichshof nicht zu erreichen.

Da von beiden Standorten, Rettungswache 1 (Bergneustadt) und Rettungswache 7 (Lichtenberg) die rettungsdienstlich zu versorgenden Gebiete nicht abgedeckt werden können, müssen diese Gebiete durch einen neuen Standort versorgt werden.

Die Abbildung 23 zeigt das zu versorgende Gebiet mit einem virtuellen Standort im Bereich Sinspert. (Abbildung 23 – Seite 124)

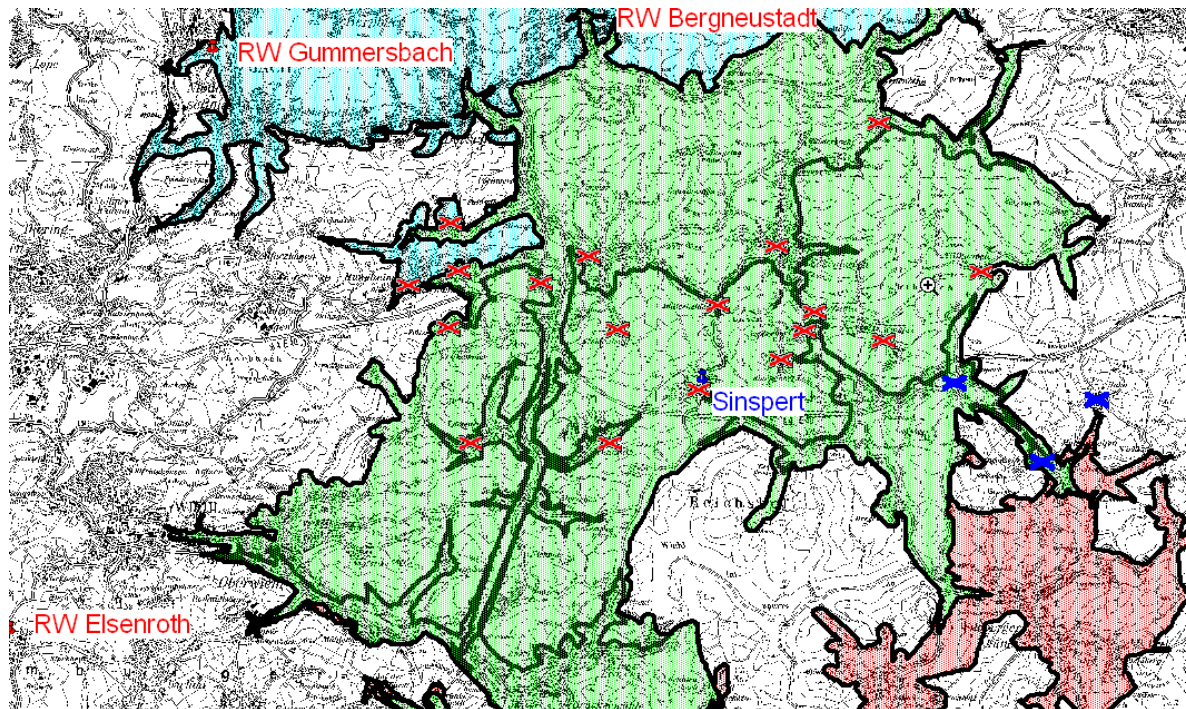


Abbildung 23 - Planerisches Isochron Sinspert

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Fahrzeugen

Durch Einrichtung eines neuen Rettungswachenstandortes wären, die von der Rettungswache 1 aus nicht erreichbaren Ortslagen, innerhalb der Gemeinde Reichshof, (unter Wahrung der Hilfsfrist) abgedeckt.

Zusätzlich würde eine dem Bedarf entsprechende Vorhaltung innerhalb des Versorgungsbereiches der Rettungswache 1 durch einen neuen Standort entsprochen.

Eine Neustrukturierung des Gebietes Rettungswache 1 durch einen neuen Standort hätte zur Folge, dass der Versorgungsbereich kleiner wird und die Einsatzfrequenz reduziert wird. Dadurch wird eine höhere zeitliche Verfügbarkeit für den primären Versorgungsbe- reich erreicht werden können.

Ein neuer Standort im Bereich der Ortslage Sinspert erfüllt alle gestellten Anforderungen.

2.7.2 Rettungswache 2 – Engelskirchen

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✗	✗	✓	✓	✓	✓

Tabelle 12 - Darstellung Rettungswache Engelskirchen

Ausrückzeit

Die Ausrückzeit der Rettungswache 2 (Engelskirchen) liegt in der vorgegebenen Zeit kleiner als 120 Sekunden, im Jahr 2007 bei durchschnittlich 104,91 Sekunden und im Jahr 2008 bei durchschnittlich 83,04 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Historisch-empirischer Versorgungsbereich und rechnerisch-kontrollierter Versorgungsbereich weisen keine wesentlichen Unterschiede auf. Der Erreichungsgrad im Jahr 2007 beträgt 89,60% und im Jahr 2008 beträgt er 88,52%.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die 24-stündige Vorhaltung eines Rettungstransportwagens.

D: Sonstige Rahmenbedingungen des Rettungswachenstandortes Engelskirchen.

Im Versorgungsbereich der Rettungswache 2 (Engelskirchen) befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Rettungswache seit 2007 eine Großbaustelle. Diese, an der B55 gelegene Baustelle, wird über das Jahr 2009 weiterhin Bestand haben und den Verkehr in erheblichem Umfang, insbesondere zu Spitzenzeiten, behindern, dabei besonders auch die Anfahrten des Rettungsdienst zeitlich verzögern.

Bewertung

D: Sonstige Rahmenbedingungen der Rettungswache Engelskirchen

Die Einsatzfahrzeuge bedienen im Rahmen der überörtlichen Hilfe den Rhein-Sieg Kreis, und den Rheinisch-Bergischen Kreis, sowohl in der Notfallrettung ohne als auch in der Notfallrettung mit Notarzt. Die Einsatzfahrten in die Nachbarkreise sind häufig für die Status Meldung über FMS nicht auswertbar, da hier drei verschiedene Kreise Daten erheben, die nicht in allen Systemen abgebildet werden. Aus diesem Grunde können eine Vielzahl von Einsätzen, nicht in der statistischen Auswertung berücksichtigt werden.

Es ist jedoch insgesamt davon auszugehen, dass ohne Baustellenverkehr die Hilfsfrist über 90 % liegen wird.

2.7.3 Rettungswache 3 – Gummersbach

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabelle 13 - Darstellung Rettungswache Gummersbach

A: Ausrückzeit:

Die Ausrückzeit der Rettungswache 3, Gummersbach liegt durchschnittlich bei 93,35 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 92,9 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Historisch-empirischer Versorgungsbereich und rechnerisch-kontrollierter Versorgungsbereich weisen keine wesentlichen Unterschiede auf.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt eine 24-stündige Vorhaltung von zwei Rettungstransportwagen.

2.7.4 Rettungswache 4 – Hückeswagen

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabelle 14 - Darstellung Rettungswache Hückeswagen

A: Ausrückzeit:

Die Ausrückzeit der Rettungswache 4, Hückeswagen liegt durchschnittlich bei 106,2 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 94,2 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Historisch-empirischer Versorgungsbereich und rechnerisch-kontrollierter Versorgungsbereich weisen keine wesentlichen Unterschiede auf.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitniveaus nach Poisson ergibt die 24-stündige Vorhaltung eines Rettungstransportwagens.

2.7.5 Rettungswache 5 – Lindlar

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✗	✗	✗	✓	✓	✓

Tabelle 15 - Darstellung Rettungswache Lindlar

A: Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 120,02 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 102,25 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Historisch-empirischer Versorgungsbereich und rechnerisch-kontrollierter Bereich weisen keine wesentlichen Abweichungen auf.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die 24-stündige Vorhaltung eines Rettungstransportwagens.

Bewertung

A: Ausrückzeiten

Die Sozial- und Aufenthaltsräume des Rettungsdienstpersonals sind weit entfernt von den Fahrzeugen und nur über Flure, Treppen und Freigelände zu erreichen.

Zusätzlich erschwerend sind die manuell zu betätigenden Tore.

D: Sonstige Rahmenbedingungen der Rettungswache Lindlar

Die Hallentore sind manuell zu betätigen, Zeitverlust in der Ausrückzeit

Konsequenzen

Eine Fahrzeug-ortsnahe Unterbringung des Rettungsdienstpersonals, muss erwirkt werden, um die Erfüllung der Hilfsfrist sicher zu stellen.

Die Hallentore müssen erneuert werden, ein automatisches Betriebssystem muss eingebaut werden.

2.7.6 Rettungswache 6 – Marienheide

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✗	✗	✓	✓	✓	✓

Tabelle 16 - Darstellung Rettungswache Marienheide

Darstellung

A: Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 76,6 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 71,3 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Historisch-empirischer Versorgungsbereich und rechnerisch-kontrollierter Versorgungsbereich weisen keine wesentlichen Unterschiede auf.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die 24-stündige Vorhaltung eines Rettungstransportwagens.

D: Sonstige Rahmenbedingungen der Rettungswache Marienheide

Die Erfüllung der Hilfsfrist liegt im Versorgungsbereich der Rettungswache 6 (Marienheide) knapp bei 90 %. Andere Rettungsmittel können innerhalb der Hilfsfristen den Bereich nicht abdecken.

Bewertung

Der Standort der Rettungswache liegt abseits einer verkehrstechnisch günstigen Anbindung, in einem Wohngebiet, so dass der Weg zur Hauptverkehrsachse zunächst angefahren werden muss. Das ist zeitaufwendig und mit ein Grund für die knappe Erreichung der Hilfsfrist.

Die Rettungswache 6 (Marienheide) ist ebenfalls Außenwache und der Rettungswagen muss nach Einsatzende eine relativ weite Strecke zum Standort zurücklegen. Auch das ist ein Grund für das knappe Erreichen der Hilfsfrist.

Konsequenzen

Rechnerisch kontrolliert ist eine Verlagerung des Rettungswachenstandortes, näher zur Kreismitte aus mehreren Gründen sinnvoll.

So ist der zentral gelegene Standort verkehrstechnisch flexibler für die Verkehrsanbindung und die Rückfahrwege.

Die Abdeckung des Versorgungsbereiches und auch des Versorgungsgebietes der Rettungswache 3 (Gummersbach) ist vom zentral gelegenen Brandschutzzentrum ideal, so dass im Rahmen des geplanten Umbaus eine Unterbringung der Rettungswache 6 (Marienheide) dort eine Verbesserung der Hilfsfrist sichern kann.

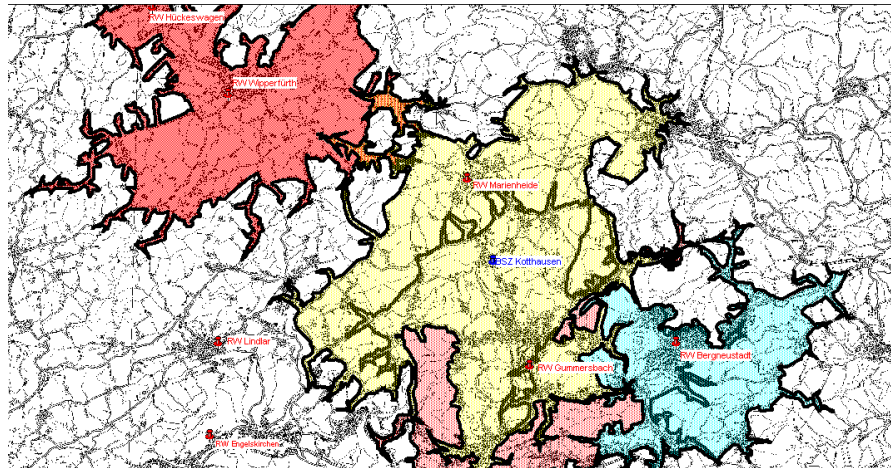


Abbildung 24 - Isochron Brandschutzzentrum

Abbildung 24 zeigt ein exemplarisches Fahrzeitisochron um das Brandschutzzentrum Kotthausen.

In den nächsten Abbildungen erfolgt der Vergleich des ursprünglichen Isochrones der Rettungswache 6 (grün) mit dem Isochron um das Brandschutzzentrum. Die Gesamtgröße des neuen Rettungswachenbereiches deckt fast das gesamte ursprüngliche Gebiet ab.

Der Vergleich mit den Überschneidungen mit den Wachebereichen Wipperfürth und Gummersbach zeigt, dass vorher große Überschneidungsflächen im Bereich Wipperfürth vorhanden waren. Diese sind in einer solch ausgeprägten Form nicht nötig. Eine Verlage-

zung zum Brandschutzzentrum hat immer noch ausreichende Gebietsabdeckung und Überschneidungsflächen in Richtung des Versorgungsbereiches Wipperfürth.

Zusätzlich ist durch diese Verlagerung eine deutlich größere Überschneidung im nördlichen Stadtgebiet Gummersbach gegeben. Somit wäre eine, neben Bergneustadt, weitere Redundanz und Unterstützung für das Ballungsgebiet der Stadt Gummersbach gewährleistet.

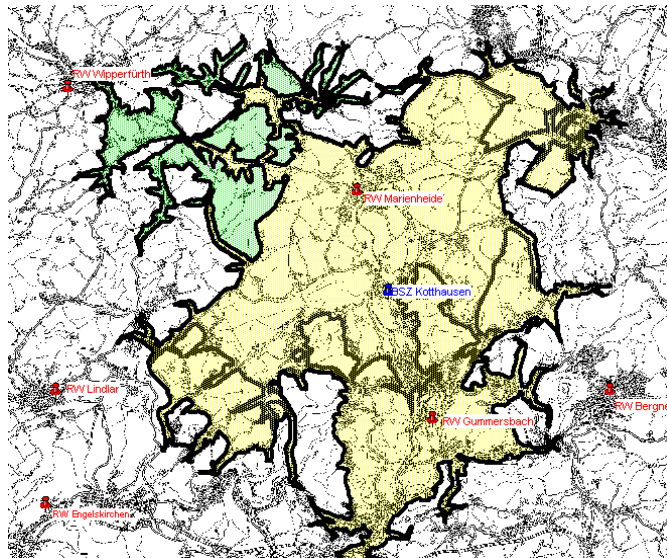


Abbildung 25 - Isochronen Überschneidung RW6 – BSZ Kotthausen

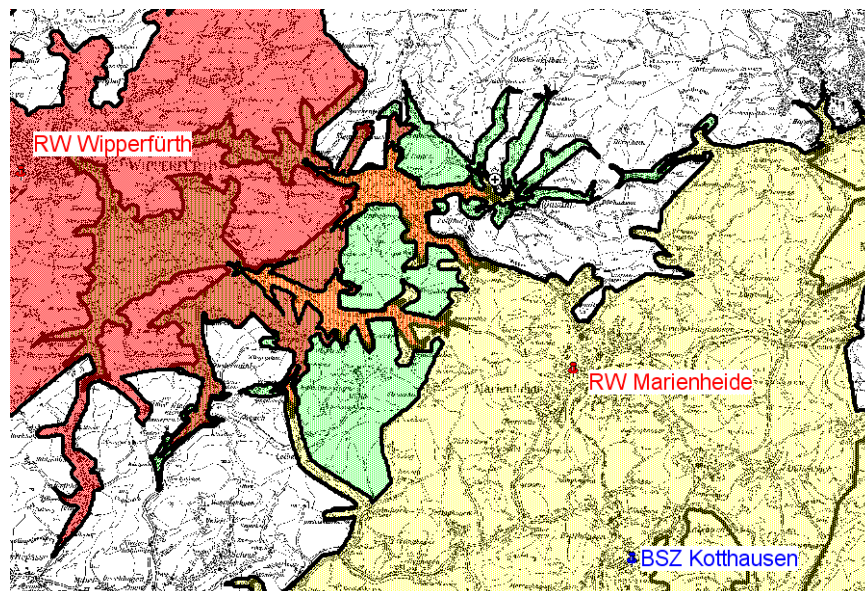


Abbildung 26 - Isochronen Überschneidung RW6 – BSZ Kotthausen

2.7.7 Rettungswache 7 – Lichtenberg

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✗	✗	✓	✓	✓	✗

Tabelle 17 - Darstellung Rettungswache Lichtenberg

A: Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 95,8 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 80,3 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Der der Rettungswache 7 (Lichtenberg) zugewiesene Versorgungsbereich ist zu groß, als dass er vom Standort aus, den Vorgaben folgend, in 90 % aller Notfälle, diese in 12 Minuten erreichen kann.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die 24-stündige Vorhaltung eines Rettungswagens.

D :Sonstige Rahmenbedingungen der Rettungswache 7, Lichtenberg

Auch die Rettungswache 7 (Lichtenberg) ist Außenwache. Der Rettungswagen muss jeweils nach Beendigung eines Einsatzes relativ weite Rückfahrten erledigen.

Bewertung

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Der historisch-empirisch als zu groß bemessene Versorgungsbereich kann durch den Rettungswachenstandort nicht vollständig abgedeckt werden.

Der Versorgungsbereich der Rettungswache 7 (Lichtenberg) weist im nördliche Bereich des Versorgungsgebietes keine Überschneidungen mit anderen Rettungswachenversorgungsbereichen auf. Dadurch ist keine Redundanz-Gebietsabdeckung gegeben In diesem Bereich sind Überschreitungen der Hilfsfrist regelhaft zu verzeichnen.

Konsequenzen

Um eine Gebietsabdeckung des Versorgungsbereiches der Rettungswache 7 (Lichtenberg) zu sichern, muss der historisch-empirische Bereich dem rechnerisch-kontrollierten Bereich angepasst werden.

Dies ist im Versorgungsbereich der Rettungswache Lichtenberg, ebenso wie im Bereich der Rettungswache Bergneustadt, nur durch die Einrichtung eines neuen Rettungswachenstandortes zu realisieren.

Der Rettungswachenstandort Lichtenberg ist analog in der Bewertung und Konsequenz dem Standort Bergneustadt zu behandeln.

2.7.8 Rettungswache 9 – Radevormwald

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✗	✓	✓	✓	✓	✓

Tabelle 18 - Darstellung Rettungswache Radevormwald

A: Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 113,91 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 84,96 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches:

Historisch-empirischer Versorgungsbereich weist keine wesentlichen Unterschiede zum rechnerisch-kontrollierten Bereich auf.

C: Die bedarfsgerechte Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die 24-stündige Vorhaltung eines Rettungswagens.

2.7.9 Rettungswache 11 – Waldbröl

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabelle 19 - Darstellung Rettungswache Waldbröl

A: Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 106,83 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 91,03 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Historisch-empirischer Versorgungsbereich und rechnerisch-kontrollierter Bereich weisen keine wesentlichen Abweichungen auf.

C: Die Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die 24-stündige Vorhaltung eines Rettungswagens.

2.7.10 Rettungswache 12 – Elsenroth

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✗	✗	✓	✓	✗	✗

Tabelle 20 - Darstellung Rettungswache Elsenroth

A: Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 95,75 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 83,85 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Der der Rettungswache 12 (Elsenroth) zugewiesene Versorgungsbereich ist zu groß, als dass er vom Standort aus, den Vorgaben folgend, in 90 % aller Notfälle, diese innerhalb der vorgegebenen Hilfsfrist erreichen kann. Alle Hilfsfristüberschreitungen liegen in der Peripherie des Versorgungsgebietes.

C: Die Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung nach Poisson weist eine Unterschreitung des Sicherheitsniveaus im Versorgungsbereich der Rettungswache 12 aus.

D: Sonstige Rahmenbedingungen der Rettungswache 12 (Elsenroth)

Der Versorgungsbereich der Rettungswache 12 (Elsenroth) ist einer der flächenmäßig größten Versorgungsbereiche im Oberbergischen Kreis und zählt mit zu den hochfrequentierten Bereichen im Rettungsdienst.

Die Rettungswache 12 (Elsenroth) ist Außenwache. Dies bedeutet, dass nach abgeschlossenem Einsatz eine relativ lange Anfahrt zum Standort zurück zu legen ist. Somit ist das Rettungsmittel häufig nicht am Standort und wird „von unterwegs“ alarmiert, was die Anfahrtszeit verlängert und zur Nichterfüllung der Hilfsfrist führt.

Bewertung

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Der Versorgungsbereich der Rettungswache 12 (Elsenroth) hat lediglich eine direkte Überschneidung mit dem Versorgungsbereich der Rettungswache Waldbröl im Süden.

Im nördlichen Zielbereich grenzt das Isochron an den Zielbereich des Versorgungsbereiches Rettungswache Engelskirchen, weist dort jedoch keine Überschneidung auf. Damit existiert keine gebietsübergreifende direkte Redundanz mit anderen Rettungsmitteln in diesem Bereich.

Die Infrastruktur im Versorgungsbereich ist schlecht ausgebildet, die Straßenanbindung an Hauptverkehrsadern ist nicht gegeben, zügige Einsatzfahrten sind oft nicht durchführbar.

Die hier aufgezählten Faktoren, die alle, sowohl einzeln, als auch in der Gesamtheit für die deutliche Diskrepanz zur angestrebten Hilfsfrist von mindestens 90% aller anfallenden Notfälle ursächlich sind, können nicht abgestellt werden.

Im Wesentlichen ist das Versorgungsgebiet deutlich als zu groß bemessen und ein Rettungsmittel ist für dieses Gebiet nicht ausreichend.

Konsequenz

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

In Konsequenz dieser Erkenntnis ist eine Aufteilung des Versorgungsbereiches in zwei neue Bereiche, die einzige Möglichkeit eine rettungsdienstliche Gebietsabdeckung zu erreichen.

Durch die Teilung des großen Versorgungsbereiches entstehen zwei bedarfsgerechte Rettungswachen, die räumlich den zugewiesenen Bereich abdecken können.

Durch die Aufteilung in zwei Rettungswachenversorgungsgebiete wird die Einsatzfrequenz im ursprünglichen Bereich herabgesetzt. Die Rettungsmittel sind hierdurch im originären Bereich höher verfügbar.

In den folgenden Abbildungen 27 und 28 werden exemplarische Fahrzeitisochronen im originären Versorgungsbereich Elsenroth dargestellt. Als angenommene Standorte werden hierbei Rettungswachen in Bielstein und Nümbrecht gezeigt. Die so gewählten Standorte ergeben sich als Ideale in der Gebietsaufteilung des originären Bereichs.

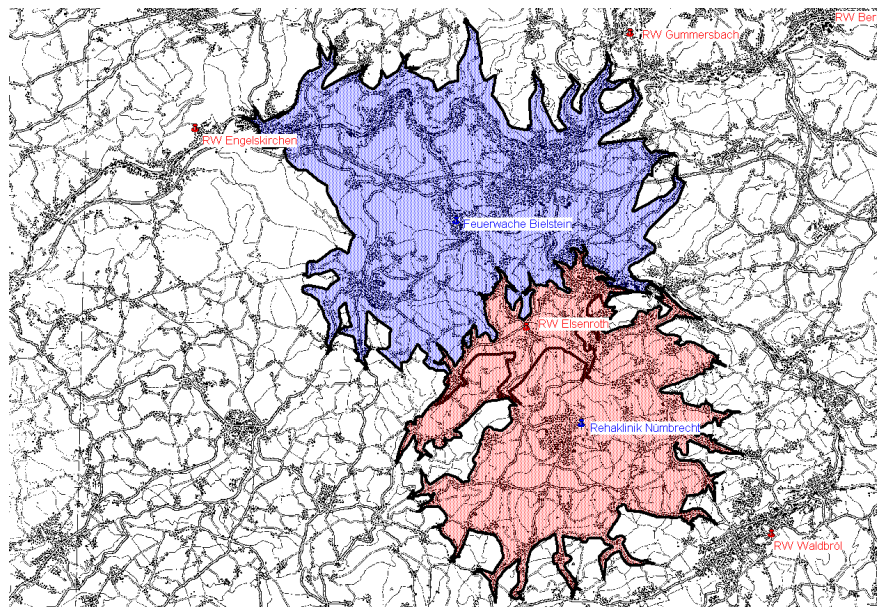


Abbildung 27 - Isochronendarstellung Nümbrecht und Bielstein

Durch die beiden neu gesetzten Standorte werden Überschneidungen mit den Umliegenden Rettungswachenversorgungsbereichen Waldbröl, Engelskirchen und Gummersbach geschaffen.

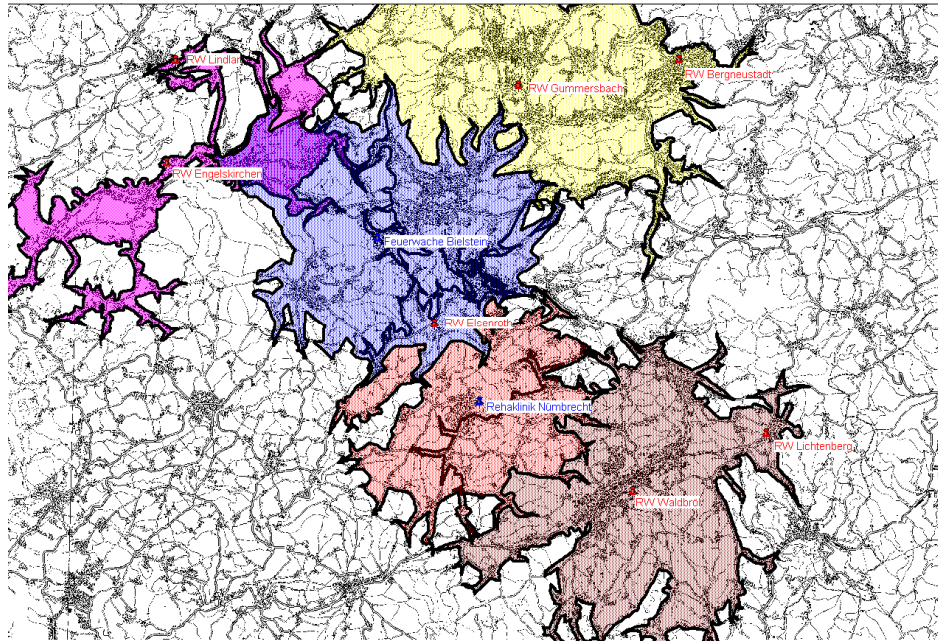


Abbildung 28 - Isochronendarstellung Nümbrecht und Bielstein

2.7.11 Rettungswache 13 – Wipperfürth

Darstellung

Hilfsfrist 2007	Hilfsfrist 2008	Ausrückzeit 2007	Ausrückzeit 2008	Bedarfsgerechte Vorhaltung	Gebietsdeckung
✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabelle 21 - Darstellung Rettungswache Wipperfürth

A: Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 88,89 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 84,67 Sekunden.

B: Die Größe des Versorgungsbereiches

Historisch-empirischer Versorgungsbereich und rechnerisch-kontrollierter Bereich weisen keine wesentlichen Abweichungen auf.

C: Die Vorhaltung von Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die 24-stündige Vorhaltung eines Rettungswagens.

D: Sonstige Rahmenbedingungen der Rettungswache 13, Wipperfürth

Die Rettungswache 13 (Wipperfürth) ist in einer Unterkunft untergebracht, die für den Schichtbetrieb vorgehalten wird. In einer 24 Stunden Schicht sind immer mindestens vier Personen auf der Wache im Bereitschaftsdienst.

Auf der Rettungswache Wipperfürth sind lediglich zwei separate Schlafräume vorhanden. Zwei Personen müssen in anderen weit entfernt gelegenen Gebäuden die Schlafräume aufsuchen. Die Wege dorthin führen über unwegsames Freigelände, durch Treppenhäuser und Flure.

Konsequenzen

D: Sonstige Rahmenbedingungen der Rettungswache 13 (Wipperfürth)

Die gesamte Rettungswache in einem baulich desolaten Zustand. Am Standort der Rettungswache 13 (Wipperfürth) sind eine Kernsanierung und ein Ausbau dringlich erforderlich.

Eine zeitliche effektive Ausrückzeit für den Notarzt ist unter diesen Bedingungen nicht zu erreichen.

3. Notfallrettung (Notärztliche Versorgung)

3.1 Planungsgrößen

Die Grundlage der Planung der Organisation des Rettungsdienstes im Oberbergischen Kreis ist das Rettungsgesetz von Nordrhein-Westfalen.

Im § 6 des Rettungsgesetzes, Absatz 1 ist beschrieben, dass Kreise und kreisfreie Städte als Träger des Rettungsdienstes verpflichtet sind, die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung, einschließlich der notärztlichen Versorgung und des Krankentransportes, sicherzustellen.

3.2 Mindestanforderung (notärztliche Versorgung)

3.2.1 Technik

- NEF nach DIN 75079
- Ausstattung des NEF nach DIN 75079
- Ausstattung mit Medikamenten

3.2.2 Organisation

- Notarztwagen oder Notarzteinsatzfahrzeug im Rendezvous – System
- Eintreffzeit von 12 Minuten bei einem Erreichungsgrad von 90%
- Eintreffzeit von 15 Minuten bei einem Erreichungsgrad von 99%
- Mitgliedschaft mehrerer Trägergemeinschaften für den Luftrettungsdienst

3.2.3 Personal

Ausgebildete Notärzte

Fachkundenachweis Rettungsdienst einer Ärztekammer und/oder Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Rettungsassistent mit jährlicher Fortbildung nach Rettungsgesetz Nordrhein – Westfalen, § 5 Absatz 3, als Fahrzeugführer

Einweisung der Rettungsassistenten und Notärzte in die Handhabung der medizinischen Geräte auf dem NEF, nach Medizinproduktegesetz und Medizinprodukte – Betreiberverordnung.

3.3 Aktueller Standard (notärztliche Versorgung)

3.3.1 Technik

- Notarzteinsatzfahrzeug als Kombifahrzeug,
- Fahrer, Beifahrer und Seitenairbags
- Aktive und passive Sicherheitselemente
- Funkmeldesystem
- Navigationssystem
- Mobilfunk

3.3.2 Organisation

- Vorhaltung eines Reservefahrzeugs NEF
- Vorhaltung eines Reserve - Notarztes
- Ständiger Standort des Notarztes im Zentralen Bereich des Versorgungsgebietes
- Aufstellen von Curricula für die Ausbildung zum NEF Fahrer

3.3.3 Personal

- Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie/Unfallchirurgie, Anästhesie
- Mehrjährige Tätigkeit im Krankenhaus
- Regelmäßige Notarztstätigkeit
- Fortbildung und Überprüfung durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst
- Fahrer NEF mit Führungsausbildung mittlerer Dienst (kommissarischer organisatorischer Leiter)
- Fortbildung im Rahmen der Notkompetenz (NEF Fahrer)

3.4 Ist-Zustand (notärztliche Versorgung)

3.4.1 Technik

Die vom Oberbergischen Kreis vorgehaltenen Notarzteinsatzfahrzeuge sind derzeit Kombifahrzeuge mit entsprechendem Sonderausbau. Alle vorgehaltenen Fahrzeuge entsprechen in Ausbau und Ausstattung den Mindestanforderungen und den Vorgaben der Norm.

3.4.2 Organisation

Der Oberbergische Kreis verfügt an allen Krankenhäusern im Kreisgebiet über Notarztstandorte in Radevormwald, Wipperfürth, Engelskirchen, Gummersbach und Waldbröl. In Lindlar musste 2006 der Notarztstandort zeitgleich mit der Spezialisierung des dortigen Krankenhauses aufgegeben werden. Die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung wird ohne Nachteile über die Notarztstandorte Wipperfürth und Engelskirchen sicher gestellt.

In Radevormwald wird der Notarztendienst durch ein stationäres Notarztwagensystem betrieben, die Stadt organisiert den Dienst gemeinsam mit der von ihr betriebenen Rettungswache. An den anderen Standorten im Kreisgebiet wird das Rendezvous-System mit einem eigenen Notarzt-Einsatzfahrzeug praktiziert.

Alle primären Notarztdienste sind bodengebunden und ständig besetzt, 365 Tage und 24 Stunden. Falls im Einzelfall notwendig und möglich, wird zusätzlich notärztliches Personal über die Luftrettung angefordert.

Zusätzlich zu dem primären Notarztdienst stellten die Krankenhäuser früher formal an jedem Standort einen zweiten Notarzt zur Verfügung. Dies beruhte auf der ursprünglich üblichen Vorgehensweise, zu den internistischen Notfällen einen Internisten und zu den chirurgischen Notfällen und Unfällen einen Chirurgen zu entsenden. Die fachspezifische Trennung wurde später aufgegeben, weil sie nicht mehr den realen Anforderungen entsprach und weil sich die Notfallmedizin als eigenständiges Fachgebiet für alle Notfälle etablierte. Da die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Gestellung eines zweiten Notarztes aufrecht erhalten blieb, wurde dieser im Laufe der Zeit zu einem Reservenotarzt, der immer dann zum Einsatz kam, wenn der primäre Notarzt bereits im Einsatz war.

Bedingt durch organisatorische Veränderungen und Rationalisierungen in den Krankenhäusern wurde die Gestellung eines zweiten Notarztes zunehmend schwieriger. An allen Standorten wurde der zweite Notarzt immer häufiger bei der Kreisleitstelle abgemeldet und stand nicht mehr zuverlässig zur Verfügung. Hinzu kam ein erhöhter Bedarf an notärztlichen Leistungen, weil infolge der Spezialisierung der Krankenhäuser notärztlich begleitete Verlegungsfahrten zunehmen.

Zur Bereinigung der Situation waren mehrere Schritte erforderlich:

2007/2008 wurden mit den vier Krankenhausträgern neue Gestellungsverträge geschlossen, die das notärztliche System auf eine einheitliche und abgestimmte Grundlage stellen. Dies gewährleistet die Kontinuität der Gestellung von Notärzten durch die Krankenhäuser.

Jedes Krankenhaus ist vertraglich verpflichtet, etwaige arztbegleitete Verlegungsfahrten aus ihren Häusern, gegen Kostenerstattung, vorrangig mit eigenem geeigneten notärztlichen Personal zu begleiten.

Schließlich wurde ausgehend von einer Analyse der Einsatzzahlen und -orte ab März 2009, im Rahmen einer Neuorganisation, ein zusätzlicher Notarzt in Dienst gestellt, der sogenannte Notarzt vom Dienst. Standort dieses Notarztes ist die Rettungswache in Marienheide. Dadurch wird zum Einen dem rechnerisch nachgewiesenen Bedarf eines zweiten Notarztes im Versorgungsbereich Gummersbach entsprochen, sowie zum Anderen einem zwingend erforderlichen Notarzt für arztbegleitete Sekundärtransporte.

In den geographischen Randbereichen des Kreisgebietes in Richtung Süd-Westen und Norden werden notärztliche Einsätze gelegentlich in Amtshilfe durch die benachbarten Kreise (Rhein-Sieg und Ennepe-Ruhr) übernommen. Häufiger wird notärztliches Personal aus den eigenen Standorten in Waldbröl, Wipperfürth und Engelskirchen für Einsätze im Gebiet des Rhein-Sieg und des Rheinisch-Bergischen Kreises in Anspruch genommen.

3.4.3 Personal

Das nicht-ärztliche Personal der Notarzt-Einsatzfahrzeuge (NEF-Fahrer) wird von den Rettungswachen gestellt, die traditionell an die Krankenhäuser des Oberbergischen Kreises angebunden sind. Es gehört zum Personal des jeweiligen Krankenhauses.

Für den Notarzt vom Dienst in Marienheide stellt das Deutsche Rote Kreuz, dem die Betriebsführung der Wache übertragen ist, nicht ärztliches Personal zur Verfügung.

Das ärztliche Personal wird originär von den Krankenhäusern gestellt. Die Besetzung der Notarztdienste mit krankenhauseigenem Personal wird aber zunehmend schwieriger (s.o.), so dass mit einem der Krankenhausträger 2007 in einem Pilotversuch vereinbart wurde, die Besetzung der Dienste über einen Pool an externen Fachkräften sicher zu stellen. Bei Engpässen werden auch den anderen Krankenhäusern im Kreisgebiet Fachkräfte zur Verfügung gestellt.

In den Folgejahren mussten zwei weitere Krankenhäuser auf diesen Pool zugreifen, um die notärztlichen Dienste auch weiterhin zuverlässig besetzen zu können. Zur Zeit kann nur noch das größte Krankenhaus im Kreisgebiet den primären Notarztendienst weiterhin mit eigenem Personal besetzen, alle anderen greifen ergänzend oder ausschließlich auf die im Pool gelisteten externen Fachkräfte zurück.

Die fachliche Aufsicht über alle im Oberbergischen Kreis tätigen Notärzte wird vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst wahrgenommen. Alle hier eingesetzten Personen verfügen über den Fachkundenachweis „Arzt im Rettungsdienst“. Sie sind entweder Fachärzte oder befinden sich in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Weiterbildung in einem für die Notfallmedizin relevanten Fach der Disziplin Innere Medizin, Chirurgie/Unfallchirurgie oder Anästhesie und Intensivmedizin. Zurzeit sind cirka 90 Notärzte in den Dienstplänen eingetragen.

Organisatorisch wird der Notarzt-Pool, vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises, begleitet und entwickelt. Die Dienstpläne wurden früher durch die Leiter der jeweiligen notärztlichen Standorte erstellt, aktuell wird eine zentrale Dienstplangestaltung durch den Ärztlichen Leiter sichergestellt. Bei Fragen oder Problemen medizinischer oder organisatorischer Art ist der Ärztliche Leiter Rettungsdienst jederzeit ansprechbar.

3.4.4 Alarmierungshäufigkeit der Notarztstandorte

Das folgende Diagramm (Diagramm 74 – Seite 151) zeigt die Alarmierungshäufigkeit der Notärzte an den Standorten für den Oberbergischen Kreis für die Jahre 2007 und 2008.

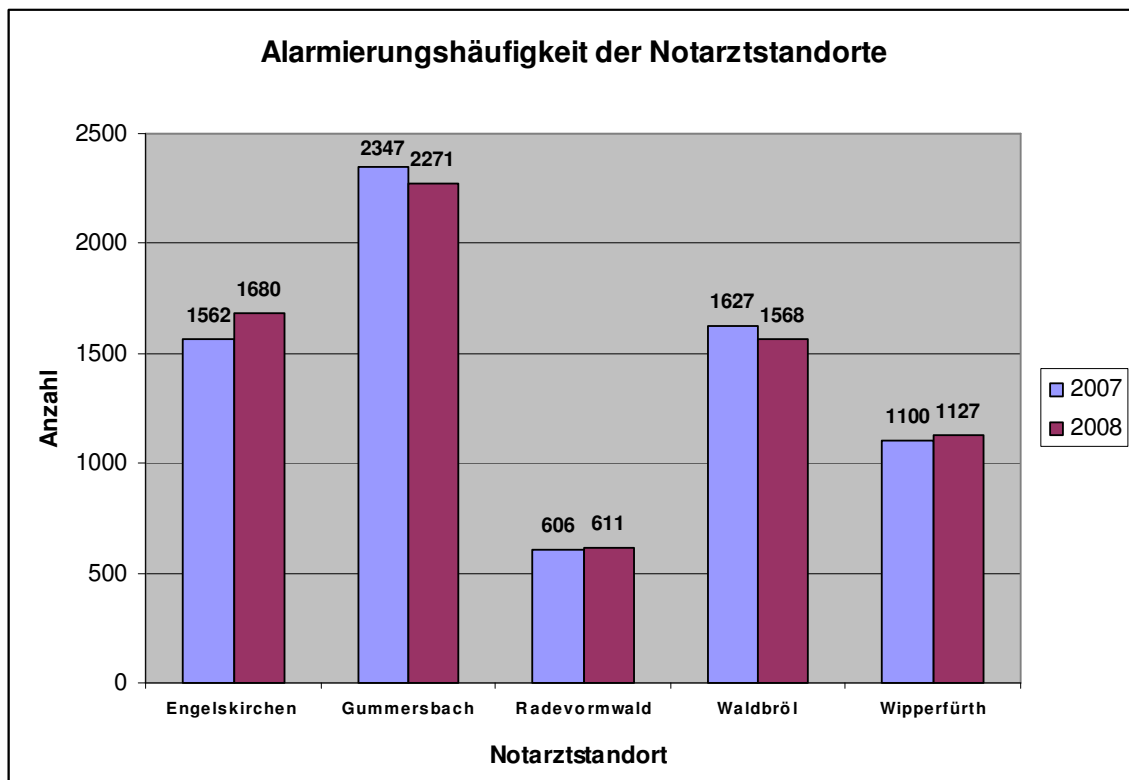


Diagramm 74 - Alarmierungshäufigkeit Notarztstandorte

3.5 Örtliche Zielsetzung notärztliche Versorgung

Nach § 6 RettG NRW ist der Oberbergische Kreis als Träger des Rettungsdienstes verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung einschließlich der notärztlichen Versorgung sicherzustellen.

Aus medizinischen Gründen muss eine ärztliche Versorgung möglichst schnell erfolgen, um den Patienten im Einzelfall vor weiterem Schaden zu bewahren. Im Bundesgebiet wird deshalb für den ländlichen Raum angestrebt, das notärztliche Personal entweder:

- in 90 % aller notärztlichen Einsätze innerhalb von 12 Minuten oder
- in 99 % aller notärztlichen Einsätze innerhalb von 15 Minuten

vor Ort erreichbar zu haben.

Der Oberbergische Kreis schließt sich diesen Bestrebungen an und legt diese Zielgrößen den nachfolgenden Bedarfsrechnungen zugrunde. Festgelegt wird damit lediglich eine Berechnungsgröße, nicht aber eine konkrete Hilfsfrist.

3.6 Bedarfsrechnung

Im folgenden Kapitel wird die risikoabhängige Fahrzeugbemessung eines jeden einzelnen Notarztstandortes für die Jahre 2007 und 2008 grafisch dargestellt.

Es wird sowohl das Modell der Eintrittswahrscheinlichkeit (Sicherheitsniveau 93%), als auch das Modell der Wiederkehrzeit (mit 10 Schichten als Bemessungsgrundlage) gezeigt.

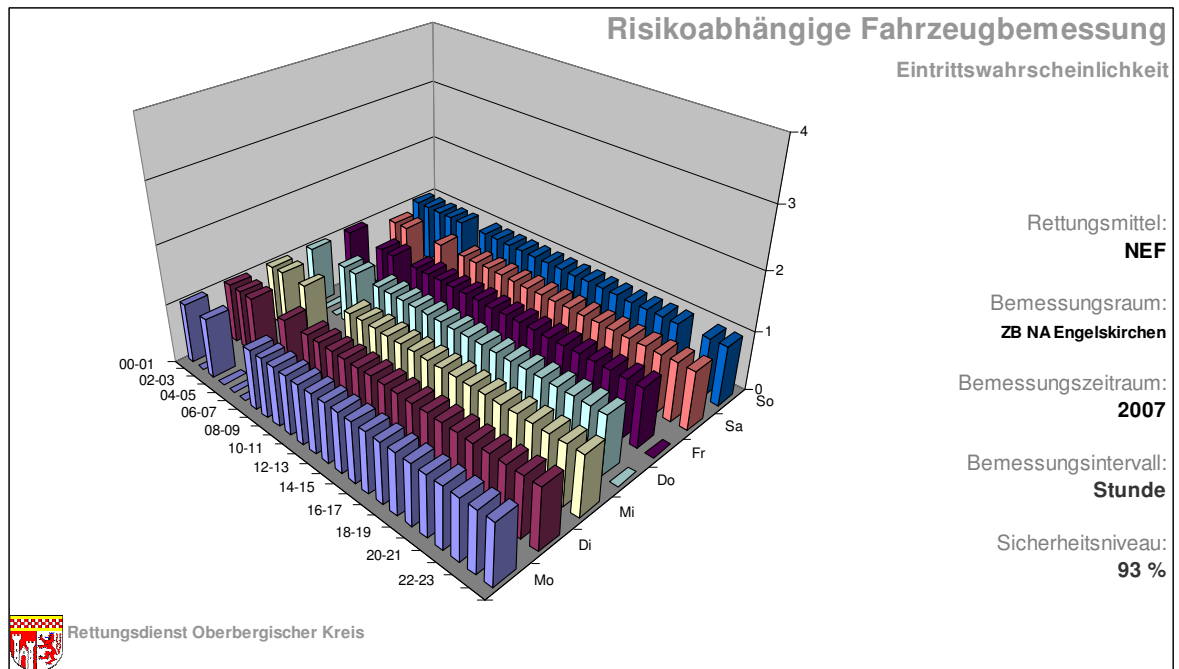


Abbildung 29 - Zielbereich NA Engelskirchen 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

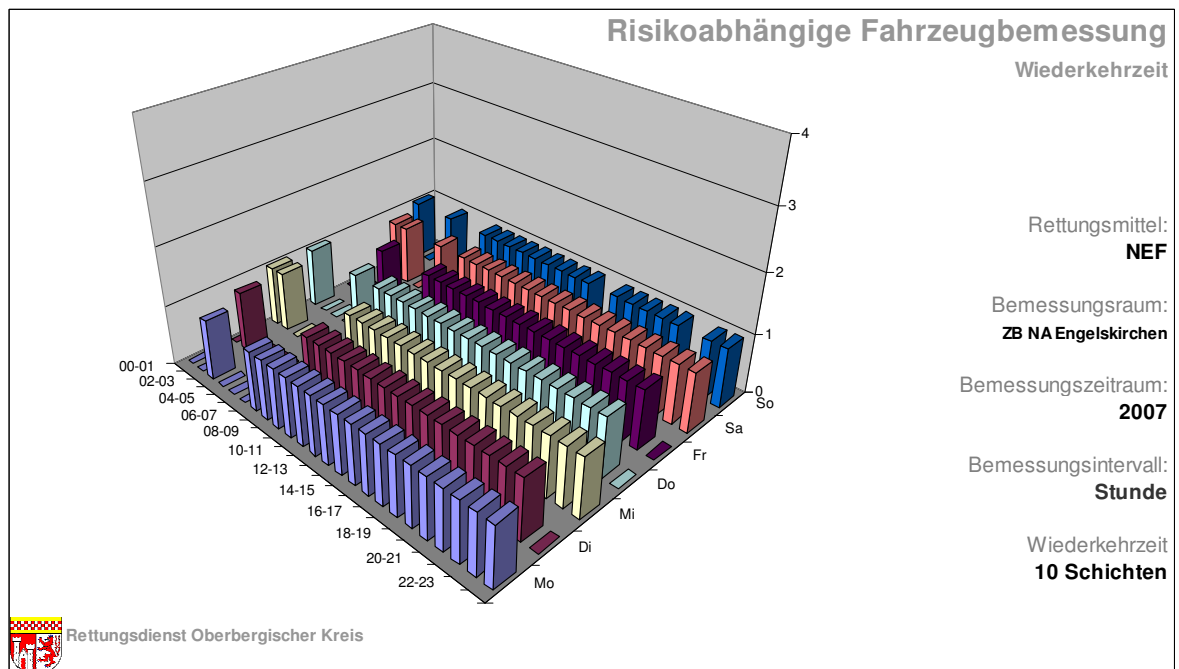


Abbildung 30 - Zielbereich NA Engelskirchen 2007 – Wiederkehrzeit

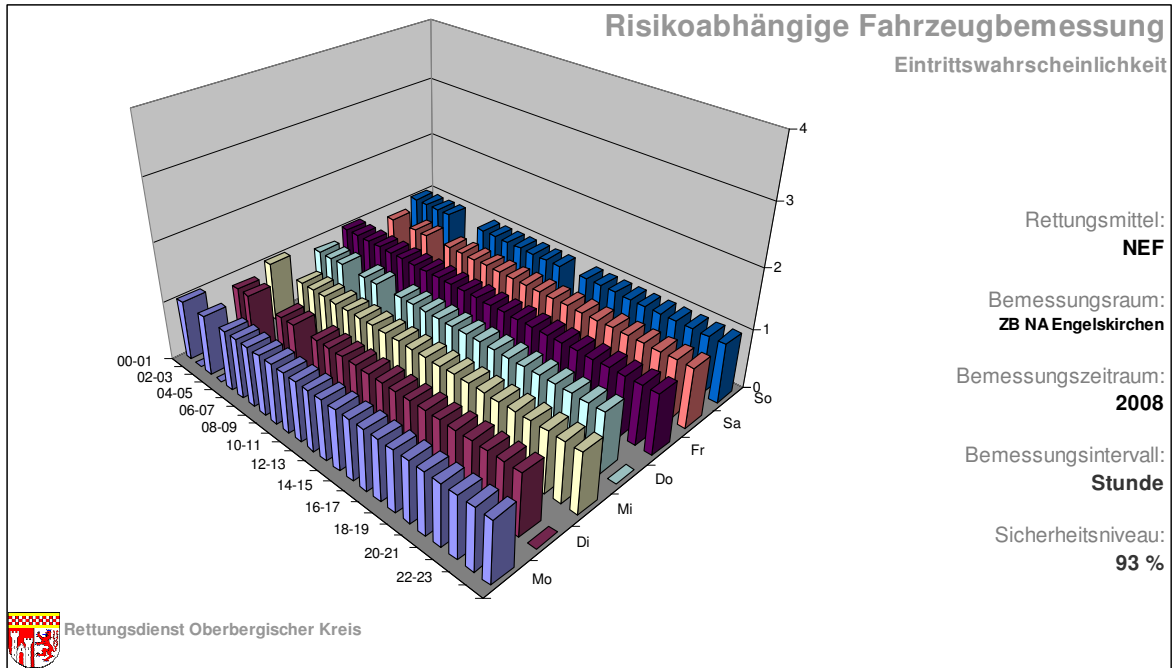


Abbildung 31 - Zielbereich NA Engelskirchen 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

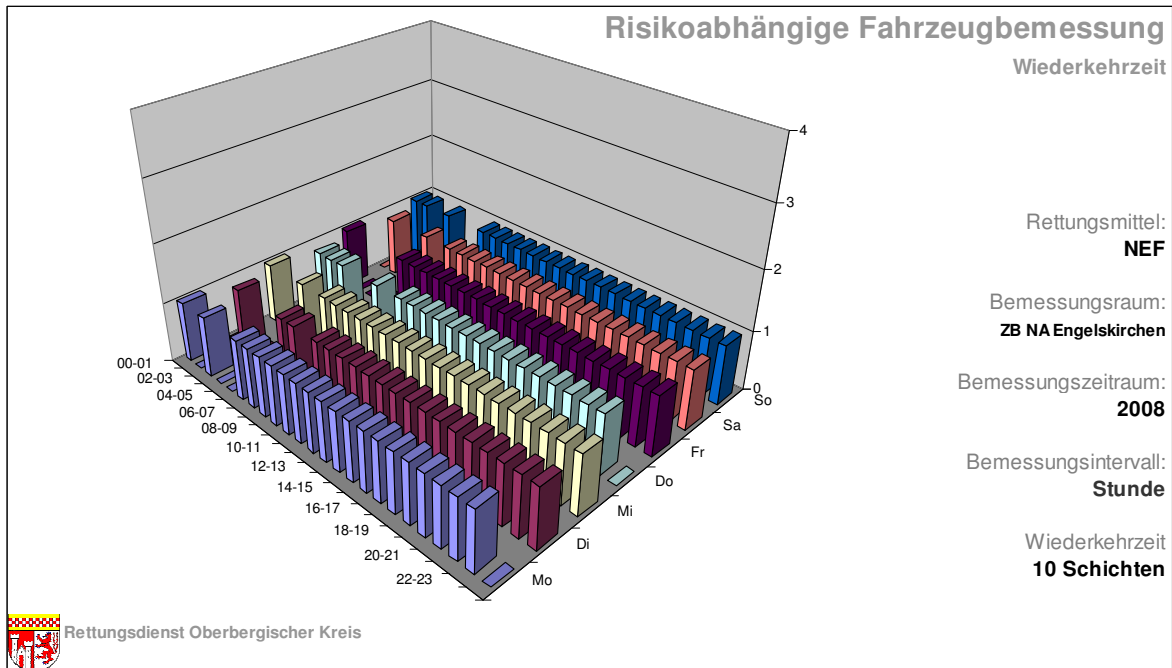


Abbildung 32 - Zielbereich NA Engelskirchen 2008 – Wiederkehrzeit

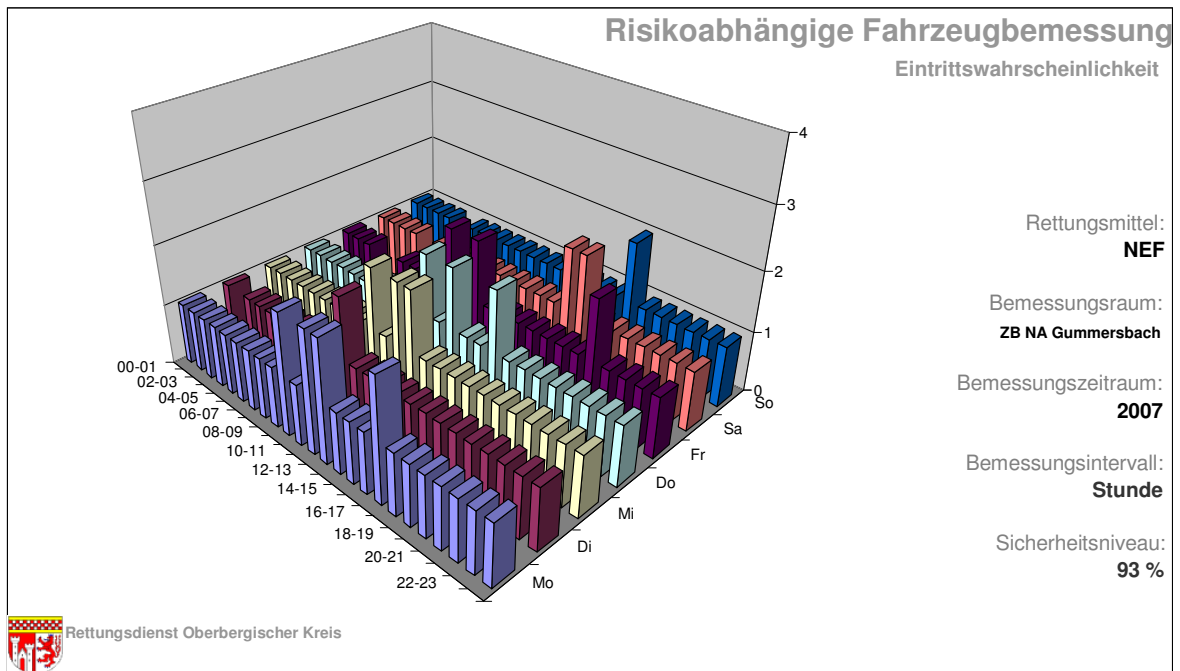


Abbildung 33 - Zielbereich NA Gummersbach 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

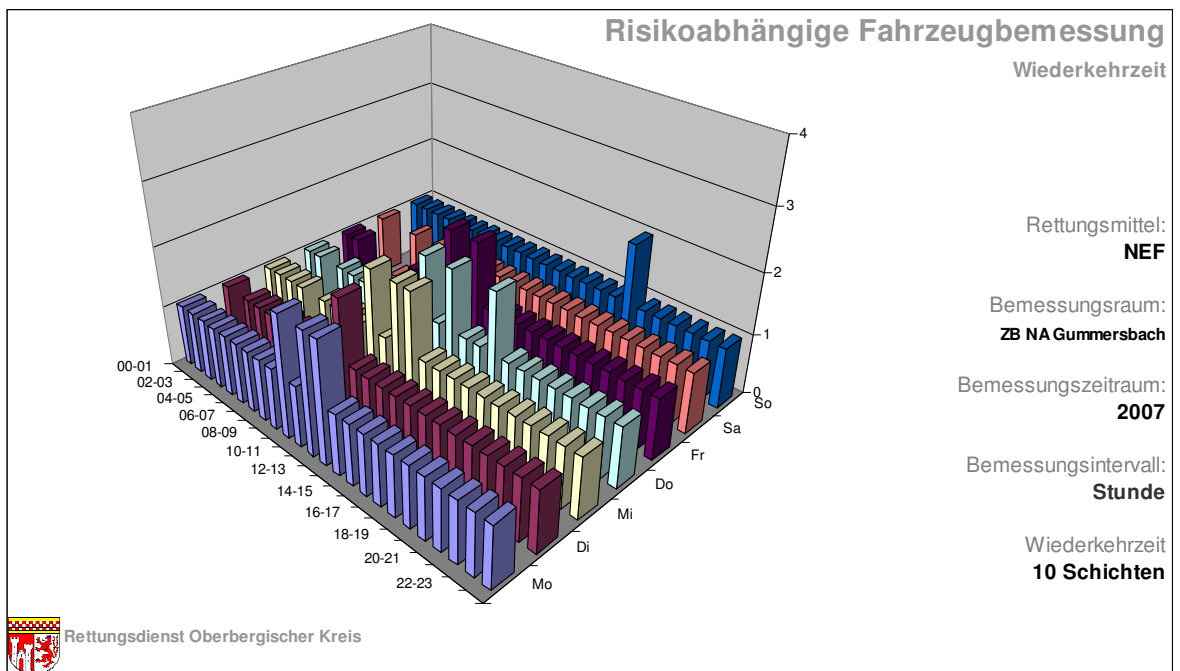


Abbildung 34 - Zielbereich NA Gummersbach 2007 – Wiederkehrzeit

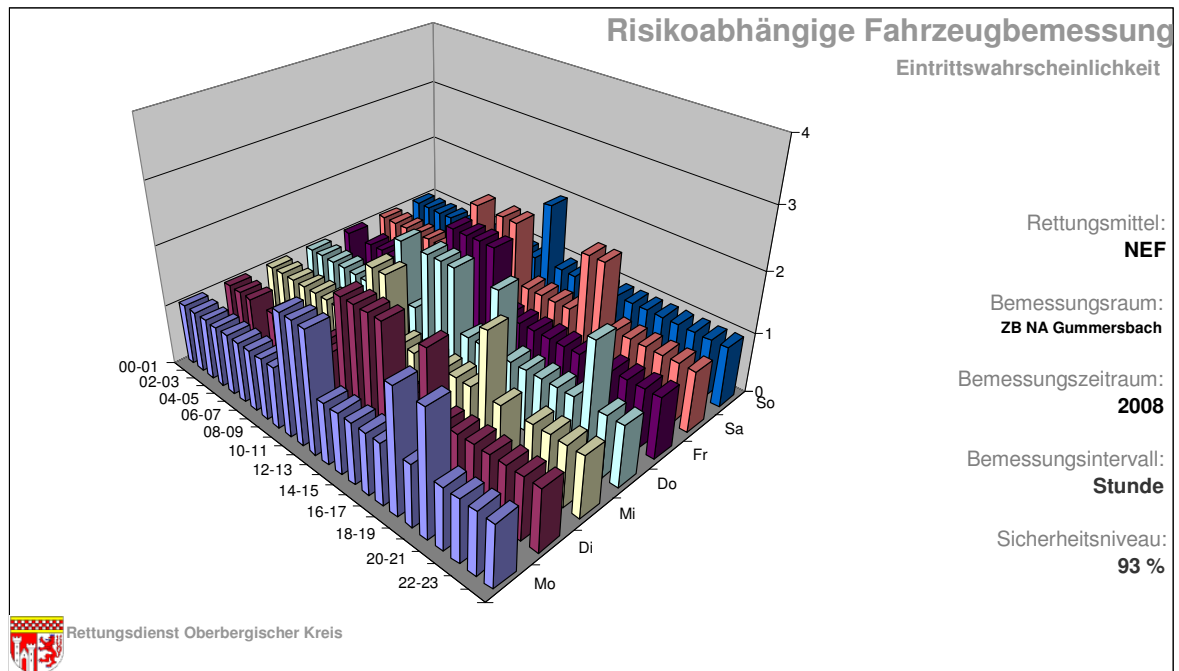


Abbildung 35 - Zielbereich NA Gummersbach 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

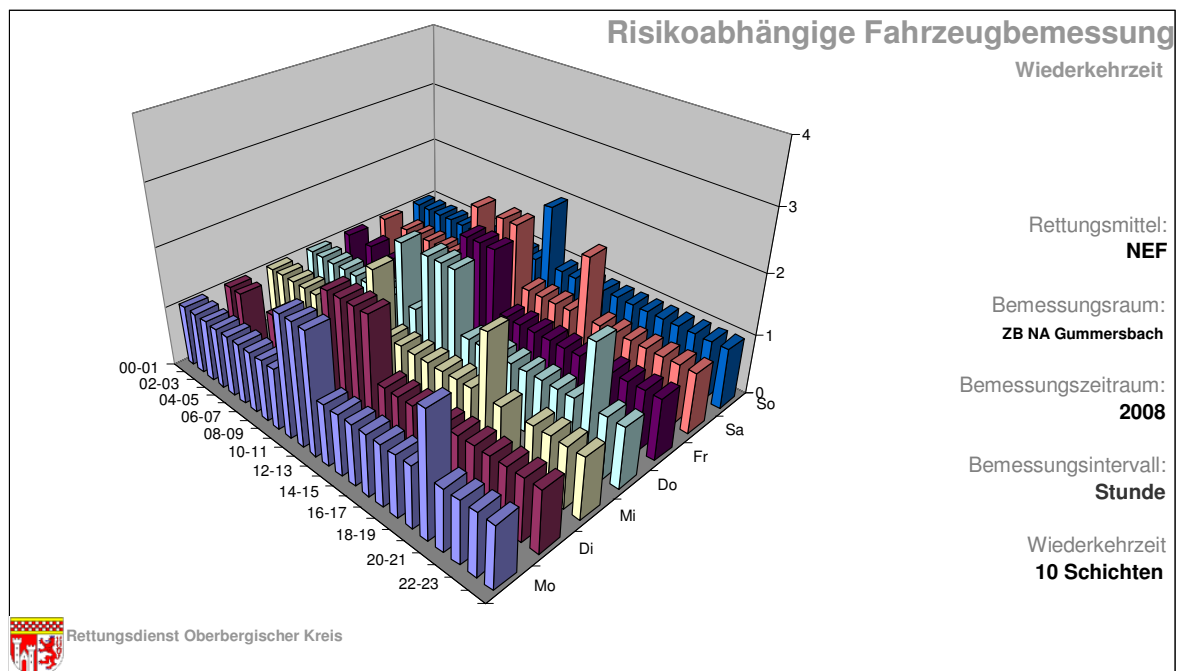


Abbildung 36 - Zielbereich NA Gummersbach 2008 – Wiederkehrzeit

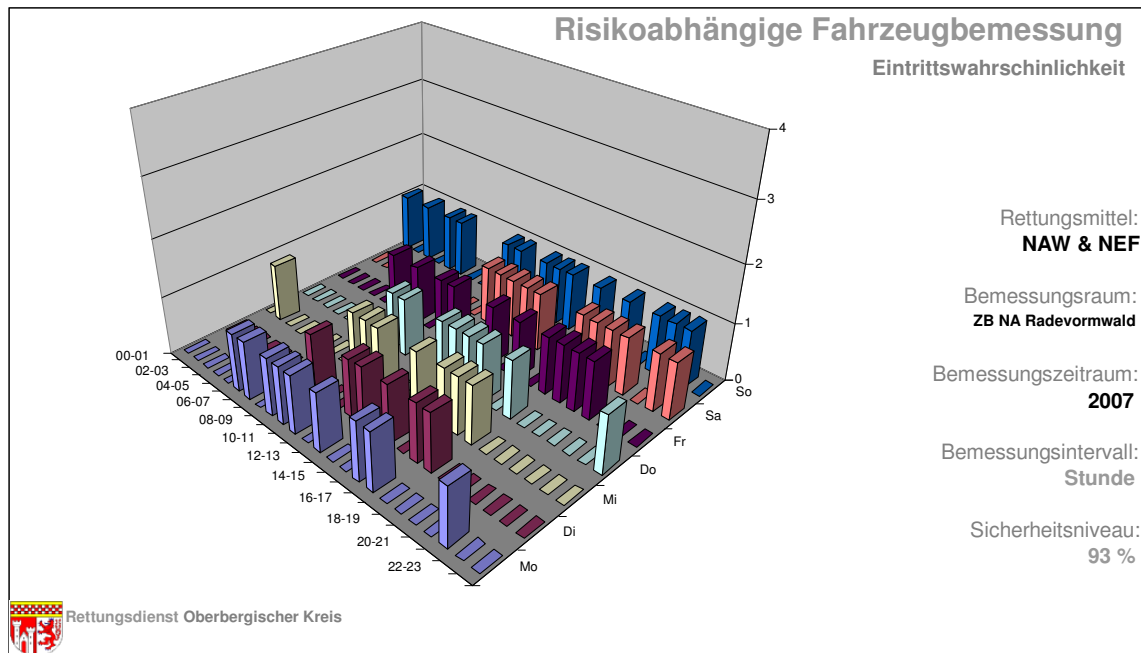


Abbildung 37 - Zielbereich NA Radevormwald 2007 – Eintrittswahrscheinlichkeit

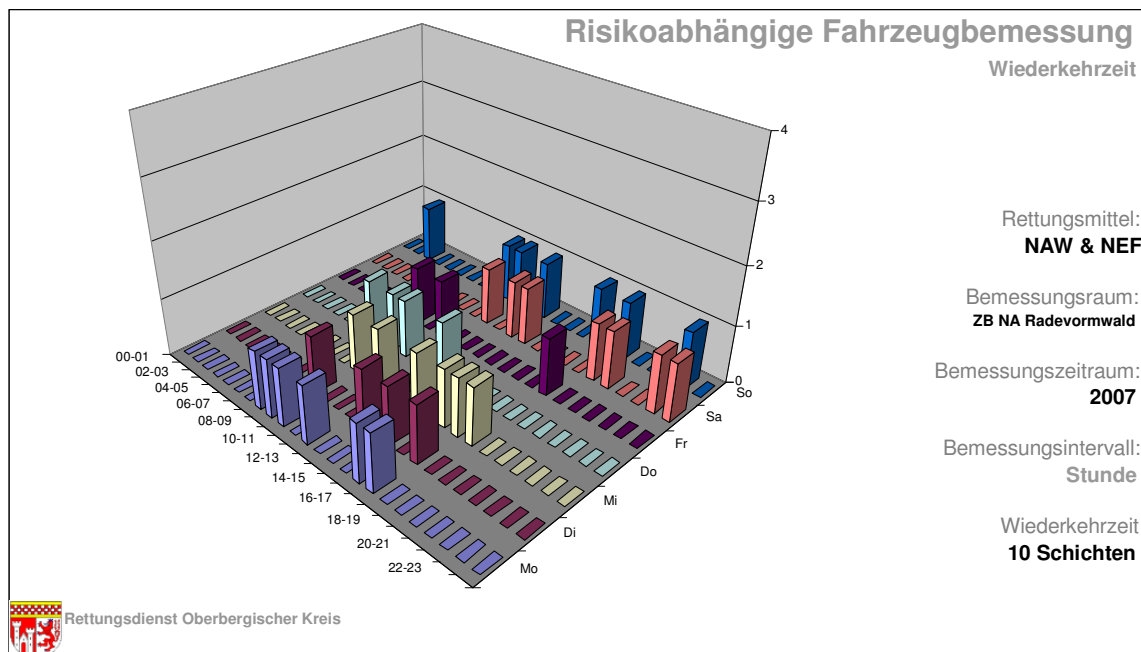


Abbildung 38 - Zielbereich NA Radevormwald 2007 – Wiederkehrzeit

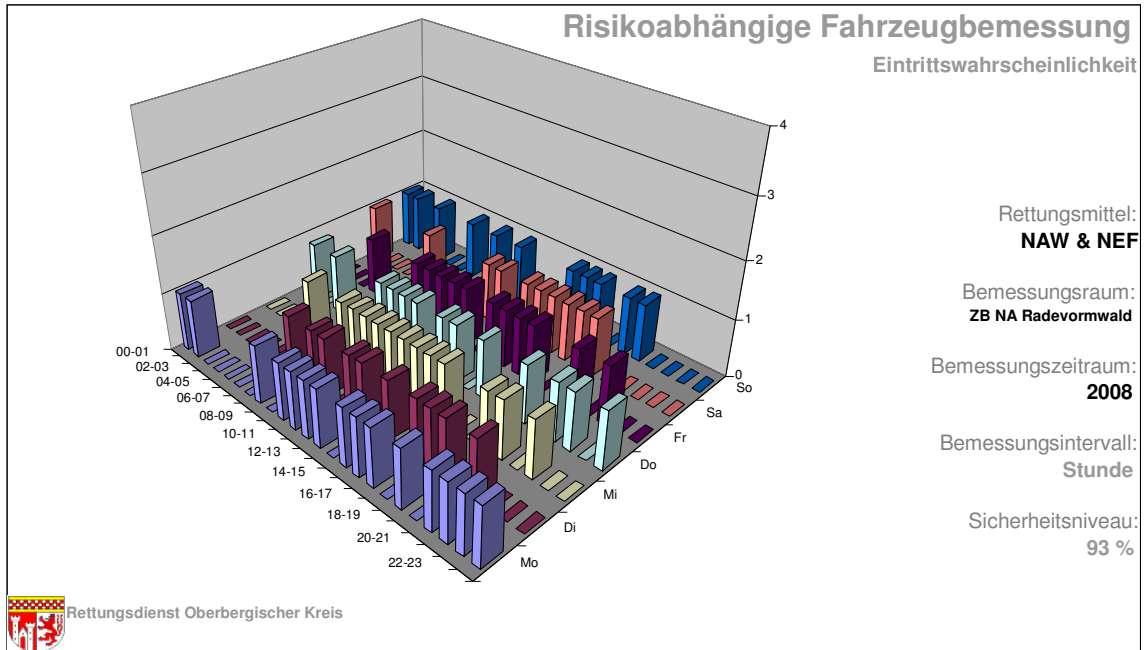


Abbildung 39 - Zielbereich NA Radevormwald 2008 – Eintrittswahrscheinlichkeit

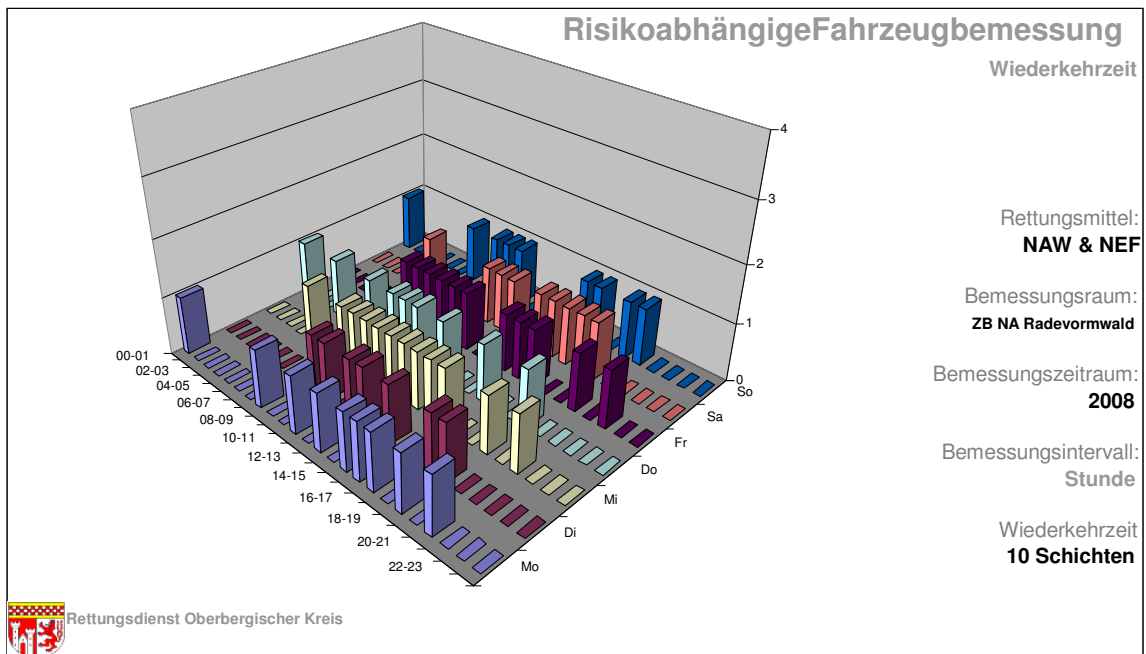


Abbildung 40 - Zielbereich NA Radevormwald 2008 – Wiederkehrzeit

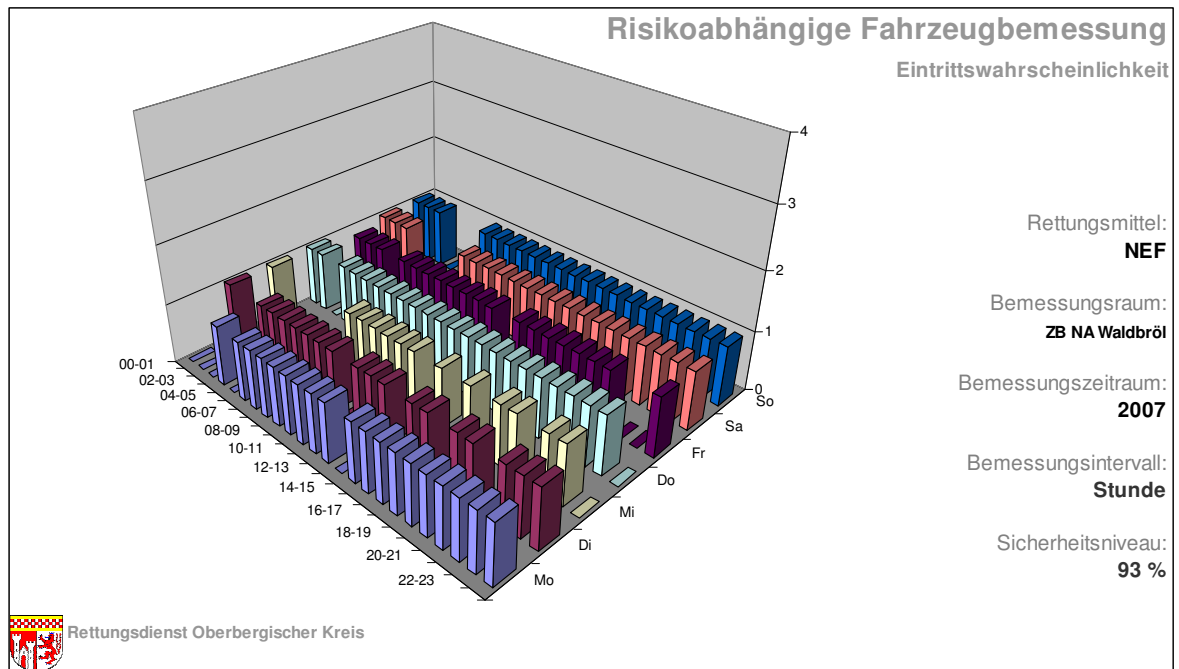


Abbildung 41 - Zielbereich NA Waldbröl 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

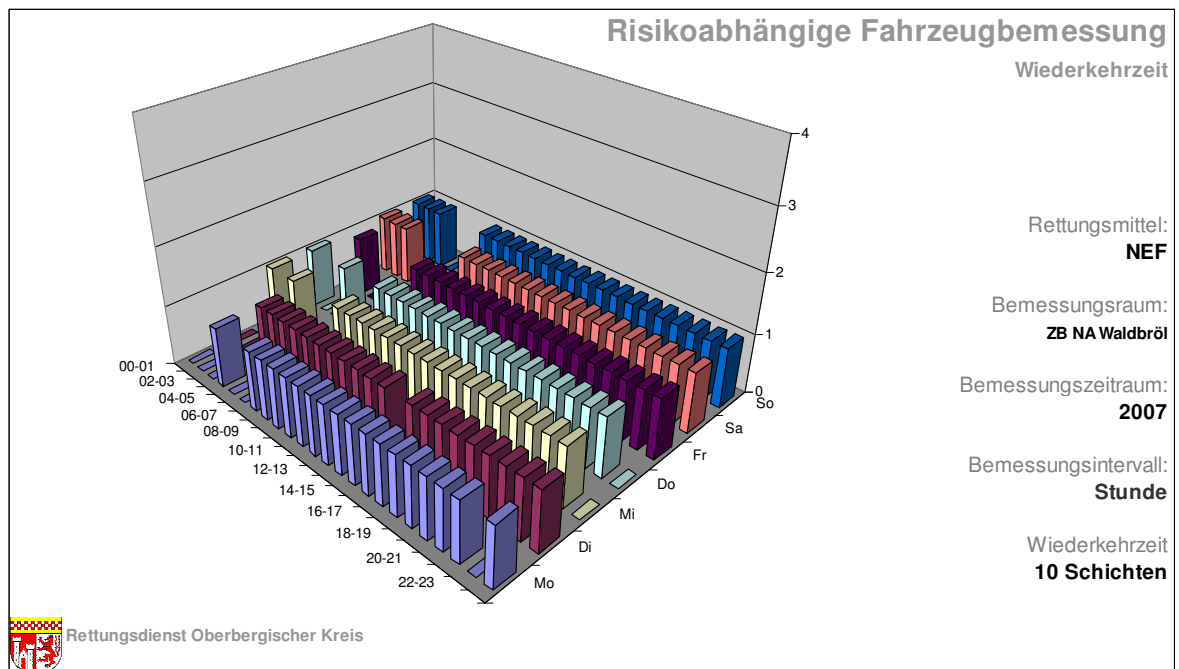


Abbildung 42 - Zielbereich NA Waldbröl 2007 – Wiederkehrzeit

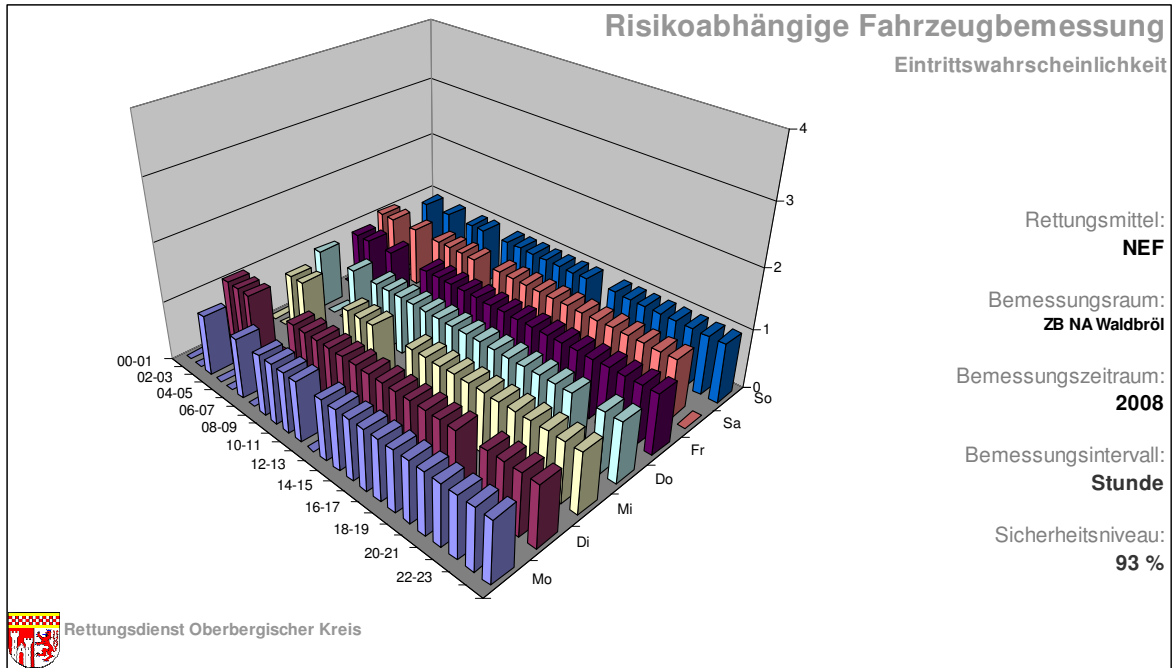


Abbildung 43 - Zielbereich NA Waldbröl 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

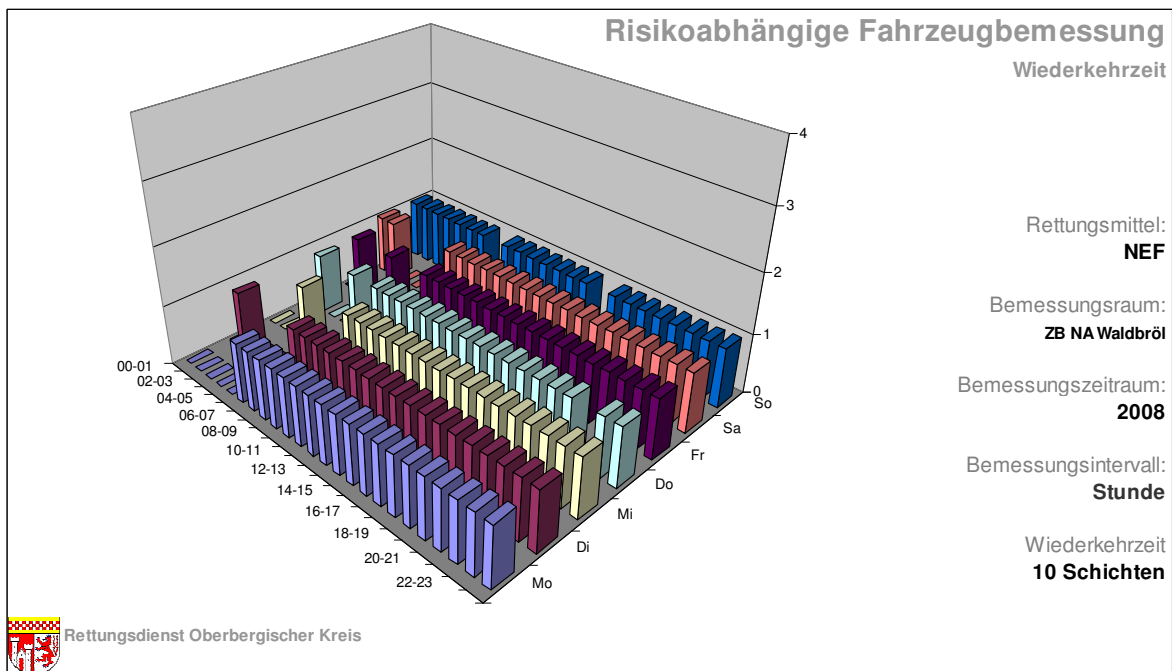


Abbildung 44 - Zielbereich NA Waldbröl 2008 – Wiederkehrzeit

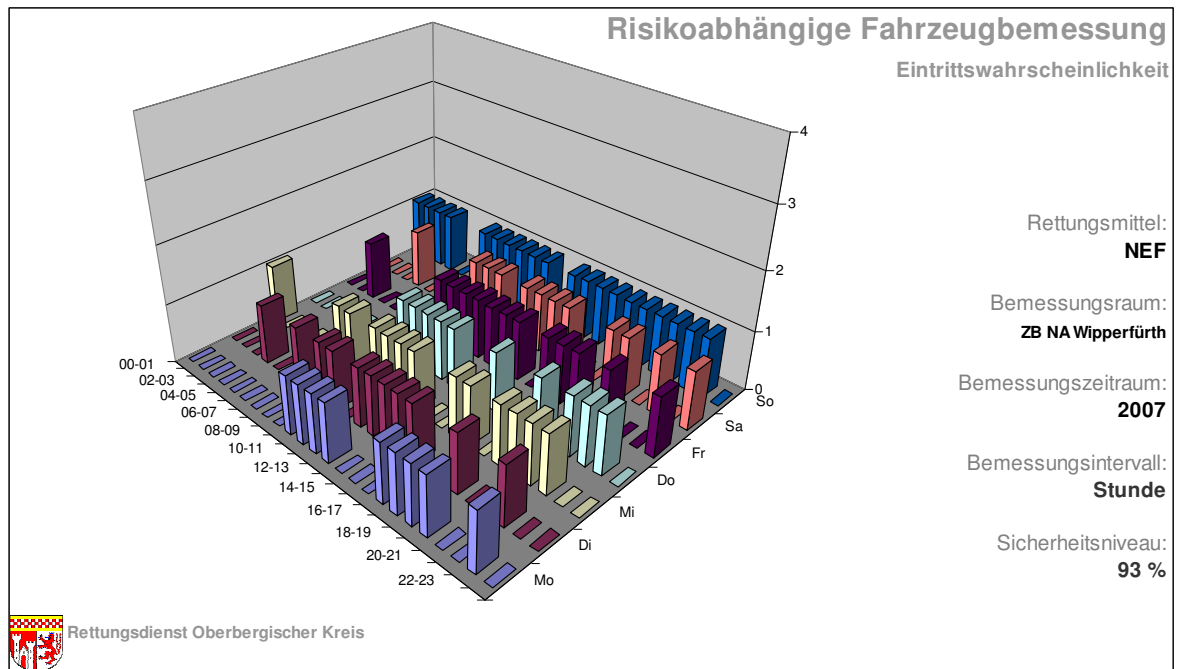


Abbildung 45 - Zielbereich NA Wipperfürth 2007 - Eintrittswahrscheinlichkeit

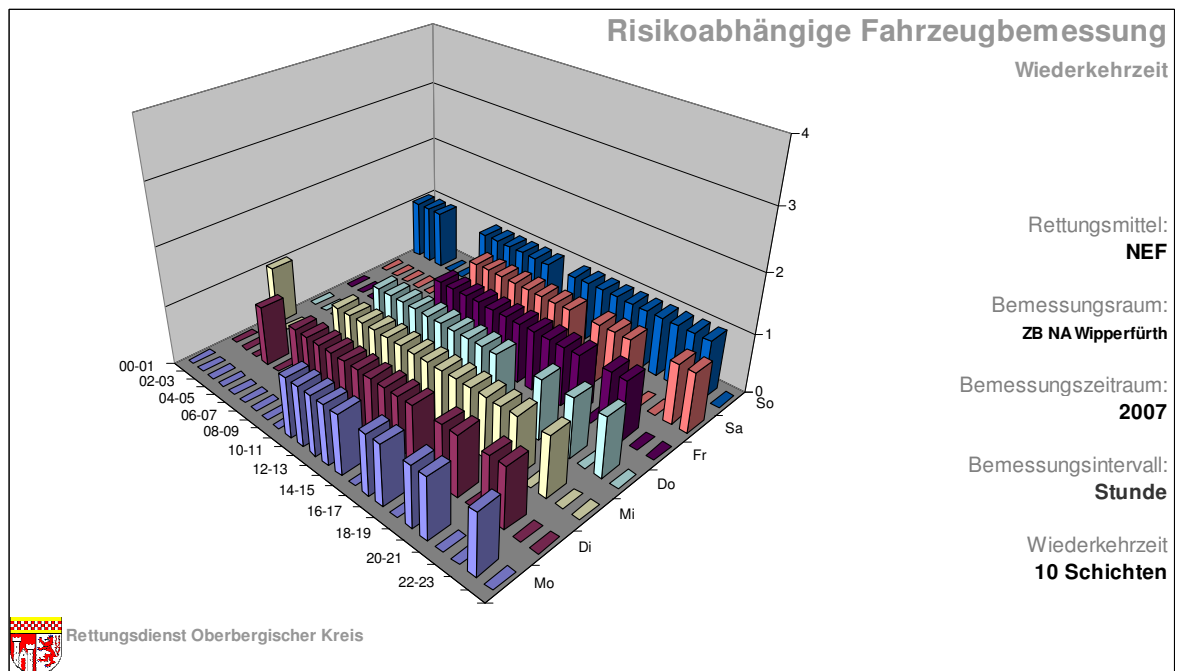


Abbildung 46 - Zielbereich NA Wipperfürth 2007 – Wiederkehrzeit

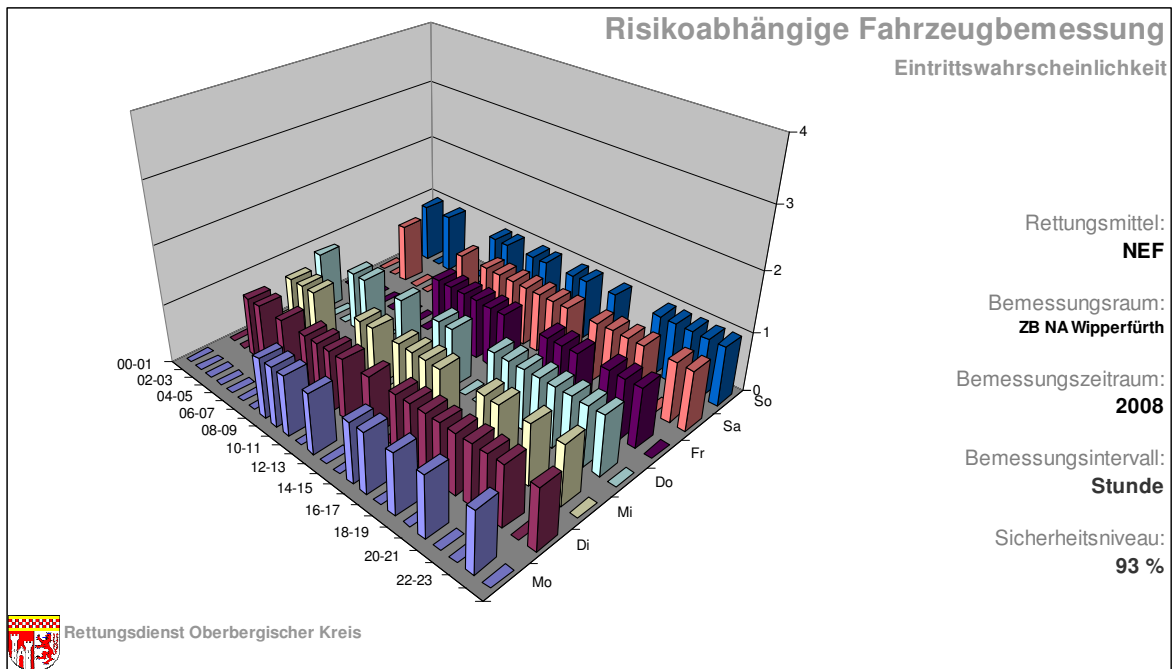


Abbildung 47 - Zielbereich NA Wipperfürth 2008 - Eintrittswahrscheinlichkeit

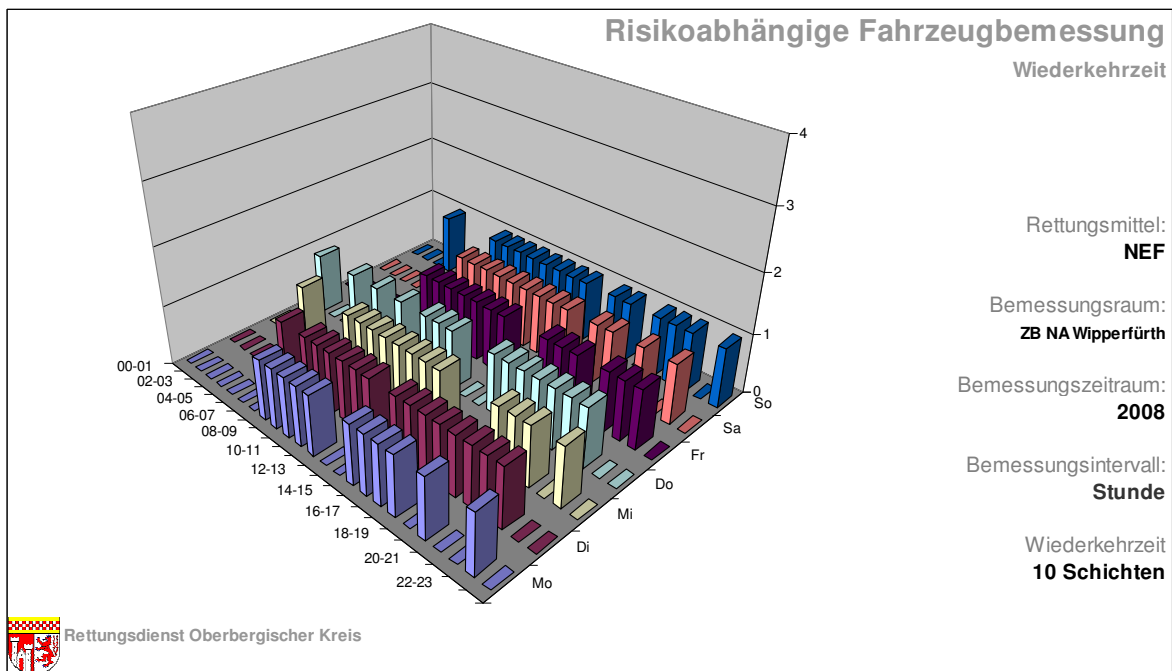


Abbildung 48 - Zielbereich NA Wipperfürth 2008 – Wiederkehrzeit

3.7 Beurteilung/Konsequenzen

3.7.1 Notarztstandort Engelskirchen

Darstellung

A :Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 103,96 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 104,5 Sekunden.

B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes

Das Einsatzgebiet entspricht im Wesentlichen dem historisch gewachsenen Einzugsbereich des Krankenhauses, an dem der Notarzt stationiert ist. Grundsätzlich ist jedoch jedes Notarzteinsatzfahrzeug kreisweit verfügbar.

C: Vorhaltung von Notarzteinsatzfahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die Vorhaltung eines Notarzteinsatzfahrzeugs an 365 Tagen und 24 Stunden.

D: Sonstige Rahmenbedingungen des Notarztstandortes Engelskirchen

Die Unterbringung der Notärzte am St. Josef Krankenhaus Engelskirchen, ist durch die räumliche Distanz zur Rettungswache nicht optimal. Insbesondere nachts und bei jedem Wetter müssen sowohl lange Wege durch Flure, mehrere Türen und nicht beleuchtetes Freigelände zurückgelegt werden.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Die Eintreffzeit liegt im Jahr 2007 bei 76,87% in 12 Minuten und bei 94,28% innerhalb von 15 Minuten. Jahr 2008 innerhalb von 12 Minuten 76,7% und innerhalb von 15 Minuten bei 93,05%.

Bewertung

B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes

Die Größe des Notarzteinsatzgebietes ist rechnerisch-planerisch nicht überprüft.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Die örtliche Zielsetzung (Kap. 3.5) wird nicht erreicht.

Konsequenzen

B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes

Die Größe des Notarzteinsatzgebietes muss durch Testfahrten und Vektorisierung rechnerisch – planerisch überprüft werden.

D: Sonstige Rahmenbedingungen des Notarztstandortes Engelskirchen

Die Unterbringung des Notarztes muss in der Rettungswache sein, um optimale Bedingungen zu gewährleisten.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Durch Standort und Einsatzgebietsüberprüfungen soll die örtliche Zielsetzung zukünftig erreicht werden.

3.7.2 Notarztstandort Gummersbach

Darstellung

A : Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 125,31 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 128,18 Sekunden.

B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes

Das Einsatzgebiet entspricht im Wesentlichen dem historisch-gewachsenen Einzugsbereich des Krankenhauses, an dem der Notarzt stationiert ist. Grundsätzlich ist jedoch jedes Notarzteinsatzfahrzeug kreisweit verfügbar.

C: Vorhaltung von Notarzteinsatzfahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt, dass ein Notarzt im 24-Stunden Dienst und ein zweiter Notarzt im Tagesbereich vorgehalten werden muss.

D: Sonstige Rahmenbedingungen des Notarztstandortes Gummersbach

Die regelhaft nicht eingehaltene Ausrückzeit von mehr als 120 Sekunden, im Durchschnitt wird bestimmt durch die Tatsache, dass:

- Im Tagesdienst der jeweilige Notarzt im Kreiskrankenhaus mit den ihm originär zugewiesenen Aufgaben betraut ist. Somit kann er prinzipiell in jedem Teil und jeder Abteilung, einschließlich weit entfernt liegender Operationssäle, in den Einsatz gerufen werden. Dies kann im ungünstigsten Fall bedeuten, dass eine weite Wegstrecke mit Aufzugfahrt und Wegstrecken durch Flure und Freigelände zurückzulegen ist.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Die Eintreffzeit liegt im Jahr 2007 bei 67,53% in 12 Minuten und bei 89,60% innerhalb von 15 Minuten, im Jahr 2008 innerhalb von 12 Minuten 65,35% und innerhalb von 15 Minuten bei 88,79%.

Bewertung

B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes

Die Größe des Notarzteinsatzgebietes muss durch Testfahrten und Vektorisierung rechnerisch-planerisch überprüft werden.

C: Vorhaltung von Notarzteinsatzfahrzeugen

Diese Vorgabe wurde durch das Kreiskrankenhaus Gummersbach formal bis zum Jahr 2008 erfüllt. Inhaltlich wurde eine hohe Abmeldefrequenz in der Leitstelle erfasst, die eine Sicherstellung von zwei Notärzten nicht regelhaft erfüllte.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Die örtliche Zielsetzung (Kap. 3.5) wird nicht erreicht.

Konsequenzen

C: Vorhaltung von Notarzteinsatzfahrzeugen

Am 01.03.2009 wurde im Rahmen einer Erprobungsphase ein zusätzliches Notarzteinsatzfahrzeug in den Dienst gestellt. Durch diesen Notarztdienst ist der zweite Notarzt im Bereich des Versorgungsbereiches der Rettungswache 3 (Gummersbach) verfügbar. Zusätzlich wird dieser Notarztdienst zur Abdeckung der Sekundärtransporte eingesetzt.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Durch Standort- und Einsatzgebietsüberprüfungen soll die örtliche Zielsetzung zukünftig erreicht werden.

3.7.3 Notarztstandort Radevormwald

Darstellung

A : Ausrückzeit

Die Ausrückzeit des Notarztes entspricht der durchschnittlichen Ausrückzeit des RTW. Eine separate Ausrückzeit für Notarzteinsätze ist nicht erfasst.

B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes

Das Einsatzgebiet entspricht im Wesentlichen dem Isochron der Gebietsbemessung im Kapitel 2.4.6 – Rettungswache Radevormwald.

C: Die Vorhaltung von Notarzt Einsatz Fahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die Vorhaltung eines Notarzteinsatzfahrzeugs an 365 Tagen 24 Stunden rund um die Uhr.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Eine Eintreffzeit explizit für Notarzteinsätze ist nicht erfasst, da die Hilfsfrist über den RTW am Standort Radevormwald ermittelt wird.

Bewertung

Der Notarztstandort Radevormwald entspricht in allen untersuchten Kriterien den Anforderungen.

Konsequenz

Derzeit besteht für den Standort Radevormwald kein Handlungsbedarf.

3.7.4 Notarztstandort Waldbröl

Darstellung

A : Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 119,63 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 123,92 Sekunden.

B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes

Das Einsatzgebiet entspricht im Wesentlichen dem historisch gewachsenen Einzugsbereich des Krankenhauses, an dem der Notarzt stationiert ist. Grundsätzlich ist jedoch jedes Notarzteinsatzfahrzeug kreisweit verfügbar.

C: Die Vorhaltung von Notarzteinsatzfahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die Vorhaltung eines Notarzteinsatzfahrzeugs an 24 Stunden rund um die Uhr an 365 Tagen.

D: Sonstige Rahmenbedingungen des Notarztstandortes 11 (Waldbröl)

Am Kreiskrankenhaus Waldbröl ist ein Notarztstandort etabliert. Die Unterbringung des notärztlichen Personals ist im gleichen Trakt, wie die Zimmer des Krankenhaus-Bereitschaftsdienstes. Die Sozial- und Aufenthaltsräume der Rettungsdienstmitarbeiter hingegen sind über der Fahrzeughalle und gewähren kurze und vor allem schnelle Wege. Dies ist für das notärztliche Personal nicht gegeben. Lange Flure, Treppen im Haus und im Freigelände, sowie ein Weg über ein Freigelände bei jedem Wetter und nachts bringen erhebliche Zeitverzögerung für die Ausrückzeit des Notarztes.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Die Eintreffzeit liegt im Jahr 2007 bei 72,91% in 12 Minuten und bei 91,09% innerhalb von 15 Minuten, im Jahr 2008 innerhalb von 12 Minuten 72,32% und innerhalb von 15 Minuten bei 93,38%.

Bewertung**B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes**

Die Größe des Notarzteinsatzgebietes muss durch Testfahrten und Vektorisierung rechnerisch-planerisch überprüft werden.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Die örtliche Zielsetzung (Kap. 3.5) wird nicht erreicht.

Konsequenzen**E: Darstellung der Eintreffzeit**

Durch Standort- und Einsatzgebietsüberprüfungen soll die örtliche Zielsetzung zukünftig erreicht werden.

3.7.5 Notarztstandort Wipperfürth

Darstellung

A : Ausrückzeit

Die Ausrückzeit liegt durchschnittlich bei 132,63 Sekunden im Jahr 2007 und 2008 bei durchschnittlich bei 139,66 Sekunden.

B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes

Das Einsatzgebiet entspricht im Wesentlichen dem historisch gewachsenen Einzugsbereich des Krankenhauses, an dem der Notarzt stationiert ist. Grundsätzlich ist jedoch jedes Notarzteinsatzfahrzeug kreisweit verfügbar.

C: Die Vorhaltung von Notarzteinsatzfahrzeugen

Die Berechnung des Sicherheitsniveaus nach Poisson ergibt die Vorhaltung eines Notarzteinsatzfahrzeugs an 24 Stunden rund um die Uhr an 365 Tagen.

D: Sonstige Rahmenbedingungen am Notarztstandort 13 (Wipperfürth)

Wie in Kapitel 2.7 beschrieben ist die Rettungswache 13 (Wipperfürth) im derzeitigen baulichen Zustand den Anforderungen nicht entsprechend. Dies ist insbesondere auch für die Unterbringung des Notarztes maßgeblich, da die Ausrückzeiten unter den derzeitigen Umständen nicht akzeptabel sind.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Die Eintreffzeit liegt im Jahr 2007 bei 87,87% in 12 Minuten und bei 96,52% innerhalb von 15 Minuten, im Jahr 2008 innerhalb von 12 Minuten 86,74% und innerhalb von 15 Minuten bei 97,99%.

Bewertung**B: Die Größe des Notarzteinsatzgebietes**

Die Größe des Notarzteinsatzgebietes muss durch Testfahrten und Vektorisierung rechnerisch-planerisch überprüft werden.

E: Darstellung der Eintreffzeit

Die örtliche Zielsetzung (Kap. 3.5) wird nicht erreicht.

Konsequenzen**E: Darstellung der Eintreffzeit**

Durch Standort- und Einsatzgebietsüberprüfungen soll die örtliche Zielsetzung zukünftig erreicht werden.

4. Krankentransport

4.1 Planungsgrößen

Frequenzabhängige Fahrzeugbemessung Krankentransport

Die bedarfsgerechte Vorhaltung für den Krankentransport ist nach dem Leistungsaufkommen zu beurteilen.

Für Krankentransporteinsätze berechnet sich die vorzuhaltende Anzahl der Rettungsmittel pro Zeitstundenintervall. Das werktägliche Verteilungsmuster der Einsatznachfrage nach Krankentransportleistungen ist hinsichtlich der tageszeitlichen Aufkommensverteilung (Einsatzfrequenz) als periodisch wiederkehrend zu bezeichnen.

Für die Einsätze im Krankentransport erfolgt die Bemessung nach dem frequenzabhängigen Modell unter Berücksichtigung der Faktoren der täglichen Einsatznachfrage und des mittleren Einsatzzeitbedarfs.

Es wird dem maximal bedienbaren Einsatzzeitbedarf der reale Einsatzzeitbedarf gegenübergestellt.

Maximal bedienbarer Einsatzzeitbedarf =

Anzahl vorgehaltener Rettungsmittel x 60 Minuten

Der reale Einsatzzeitbedarf errechnet sich aus der Gesamtanzahl an angefallenen Krankentransporte =

Mittlere Alarmierungshäufigkeit pro Stunde x mittlere Einsatzdauer.

Wenn der reale Einsatzzeitbedarf höher ist als der maximal Bedienbare, so entstehen Wartezeiten.

Eine anfallende Wartezeit wird mit in das nächste Stundenintervall übertragen und muss dort „abgefahren“ werden oder kumuliert sich in die nächsten Zeitstunden.

Im RettG NRW werden keine Planungsgrößen für den Krankentransport festgelegt. Nur im Kommentar von Prütting/Mais wird eine Bedienzeit von 30 Minuten angegeben.

Dabei ist für die Bemessung der Krankentransportvorhaltung auch zu berücksichtigen, dass aufgrund der in § 6 Abs. 1 RettG NRW festgelegten medizinisch-organisatorischen Einheit von Notfallrettung und Krankentransport in „krankentransportschwachen“ Zeitintervallen auch Rettungsmittel aus der Notfallvorhaltung eingesetzt werden können.

Dies gilt insbesondere für das Aufkommen an Krankentransporten nachts und an Wochenenden. Durch die organisatorische Zusammenfassung von Notfallrettung und Krankentransport ergeben sich für die rettungsdienstlichen Aufgabenträger mögliche Optimierungspotenziale und Rationalisierungseffekte, die bei der Bemessung einer bedarfsgerechten Fahrzeugvorhaltung zu berücksichtigen sind.

4.2 Mindestanforderungen (Krankentransport)

4.2.1 Technik

- KTW nach DIN-EN 1789
- Ausstattung nach DIN-EN 1789

4.2.2 Organisation

- Dokumentation der Transporte
- Hinreichende Anzahl besetzter KTW, um die Planungsgrößen zu erreichen
- Hinreichende Anzahl von Reservefahrzeugen
- Geeignete Wahl von Standorten, um die Planungsgrößen zu erreichen
- Bedarfsorientiertes Vorhalten von Personal

4.2.3 Personal

- Qualifikationen und Anforderungen entsprechend § 4 (3), RettG NRW, § 8 RettAssG (Rettungssanitäter/Rettungshelfer)
- Gesetzlich vorgeschriebene 30 Stunden Fortbildung gem. § 5 Abs. 5 RettG NRW
- Einweisung in die Handhabung med.-techn. Geräte nach MPG und MPBetreibV

4.3 Aktueller Standard (Krankentransport)

4.3.1 Technik

- KTW – Typ A2 oder B nach DIN EN 1789
- 2 Airbags
- Aktive und passive Sicherheitselemente
- Funkmeldesystem
- Mobilfunk
- Ausstattung mit Notfallkoffer „Erwachsene“ und „Kinder“ (Typ B)

4.3.2 Organisation

- Vorhaltung eines Reserve-KTW
- Krankentransporte finden statistisch innerhalb einer Bedienfrist von 30 Min. statt
- Verfügbarkeit der KTW außerhalb der Dienstzeiten durch Besetzung der Fahrzeuge mit Kräften der Hilfsorganisationen.
- an Wochenenden wird der Krankentransport durch MHD und DRK geleistet
- Spitzenlastabdeckung durch KTW des MHD und DRK möglich

4.3.3 Personal

- Der Transportführer eines KTW verfügt mindestens über die Qualifikation eines Rettungssanitäters
- Gesetzlich vorgeschriebene 30 Stunden Fortbildung gem. § 5 Abs. 5 RettG NRW
- Einweisung in die Handhabung med.-techn. Geräte nach MPG und MPBetreibV

4.4 Ist-Zustand (Krankentransport)

4.4.1 Technik

- Krankentransportwagen nach DIN 1789
- Ausstattung mit Notfallkoffer „Erwachsene“ und „Kinder“
- Funkmeldesystem
- Aktive und passive Sicherheitselemente

4.4.2 Organisation

Die planmäßige Vorhaltung von Krankenwagentransportwagen im Oberbergischen Kreis, einschließlich des notwendigen Personals, sieht neun Fahrzeuge vor.

Es wird ein Reservefahrzeug vorgehalten.

Die Fahrzeuge werden regelhaft von Montags bis Freitags disponiert. An Wochenenden wird ein Fahrzeug der Hilfsorganisation eingesetzt.

4.4.3 Personal

Der Transportführer des Krankentransportwagens verfügt in allen Fällen über die geforderte Mindest-Qualifikation als Rettungssanitäter. In der Regel verfügt auch der Transportbegleiter über die Qualifikation des Rettungssanitäters, immer aber auch über die Qualifikation als Rettungshelfer.

4.5 Örtliche Zielsetzung Krankentransport

Das Ziel im Krankentransport ist so angelegt, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten, in 90 v.H. aller Fälle unter 30 Minuten, sofern der Transport nicht angemeldet war.

Große Arztpraxen (Strahlentherapie, Dialyse, Röntgenuntersuchung u.ä.) erfordern exakte Termineinhaltung. Wartezeiten sind für deren Betriebsablauf nicht tolerabel. Auch für entlassungsfähige Patienten in Krankenhäusern wird dies wegen der erneuten Bettenbelegung von den Kliniken erwartet. Für diesen Kreis ist die Wartezeit möglichst auf 15 Minuten zu begrenzen; unter der Voraussetzung, dass das mit allen Beteiligten abgestimmte Anmeldeverfahren auch umgesetzt wird.

Die Einsatzzeiten der KTW sind den jeweils durchschnittlichen Bedarfswahlen anzupassen, was gestaffelte Dienstzeiten bedingt.

Die KTW sind so auszustatten, dass bei einem Massenanfall von Patienten darin erforderlichenfalls auch Notfallpatienten transportiert werden können. Dementsprechend sollen nur noch KTW Typ B nach DIN-EN 1789 beschafft werden.

4.6 Bedarfsplanung/Statistik

Das Ergebnis der frequenzabhängigen Mindestvorhaltung an Fahrzeugen im Krankentransport ist auf den folgenden Seiten dargestellt.

	Einsatzdauer 2007	Einsatzdauer 2008	Einsatzdauer 2009
Wochentags	73,73	74,21	77,86
Samstags	78,61	79,28	80,42
Sonntags	69,09	63,94	69,24

Tabelle 22 - Dauer Krankentransport in Minuten

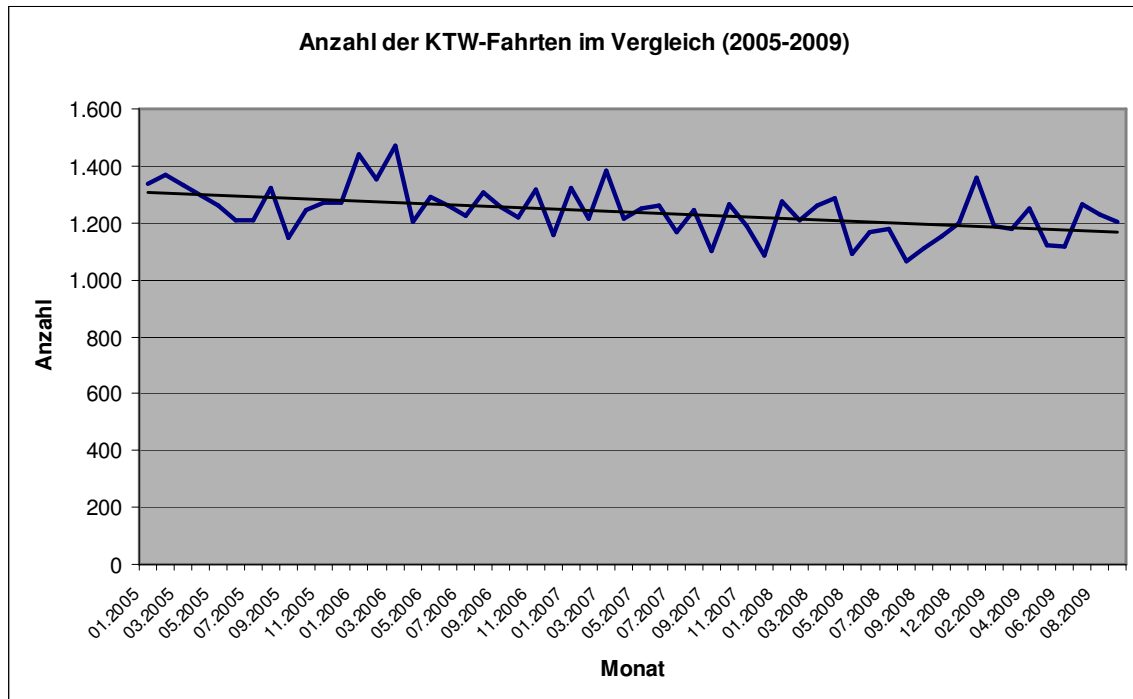
In die Vorhaltung für eine Tageszeitstunde wurde ein Fahrzeug nur dann eingerechnet, wenn das statistisch erwartete Aufkommen größer als 20 Minuten ist.

In den Zeiten zwischen 22:00 Uhr bis 07:00 Uhr werden die zu erwartenden Krankentransporte zusätzlich mit in die Notfallrettung eingerechnet, da eine KTW-Vorhaltung sich hier nicht mehr als wirtschaftlich erweist.

In der Diagrammdarstellung 75 (Diagramm 75– Seite 179) werden die Gesamtfahrten des Krankentransportes über die Jahre 2005 bis 2009 dargestellt. Diagramm 75 zeigt die durchgeführten Fahrten der Fahrzeuge des Oberbergischen Kreises und die darüber hinaus durchgeführten Fahrten der Hilfsorganisationen DRK und MHD im Krankentransport (meist an den Wochenenden).

Trend Krankentransport:

2005 bis 2006:	+1,4%
2006 bis 2007:	-5,1%
2007 bis 2008:	-3,6%
2008 bis 2009	+2,6%



Jahr	2005	2006	2007	2008 ⁶	2009 ⁷
	15266	15494	14697	14175	14548

Diagramm 75 - Darstellung der Krankentransporte im zeitlichen Verlauf 2005 – 2009

⁶ Der Monat Oktober 2008 konnte nicht zur Auswertung verwendet werden, da in diesem Monat das neue Einsatzleitsystem installiert wurde. Eine Auswertung wäre nur mit dem Zusammenführen der Datensätze aus dem Alt- und aus dem Neusystem möglich. Dies würde ggf. zu inkonsistenten Datensätzen führen und wurde nicht durchgeführt. D

⁷ Das Jahr 2009 wurde bis zum 30.09.2009 ausgewertet und anschließend auf einen Zeitraum von 12 Monaten hochgerechnet.

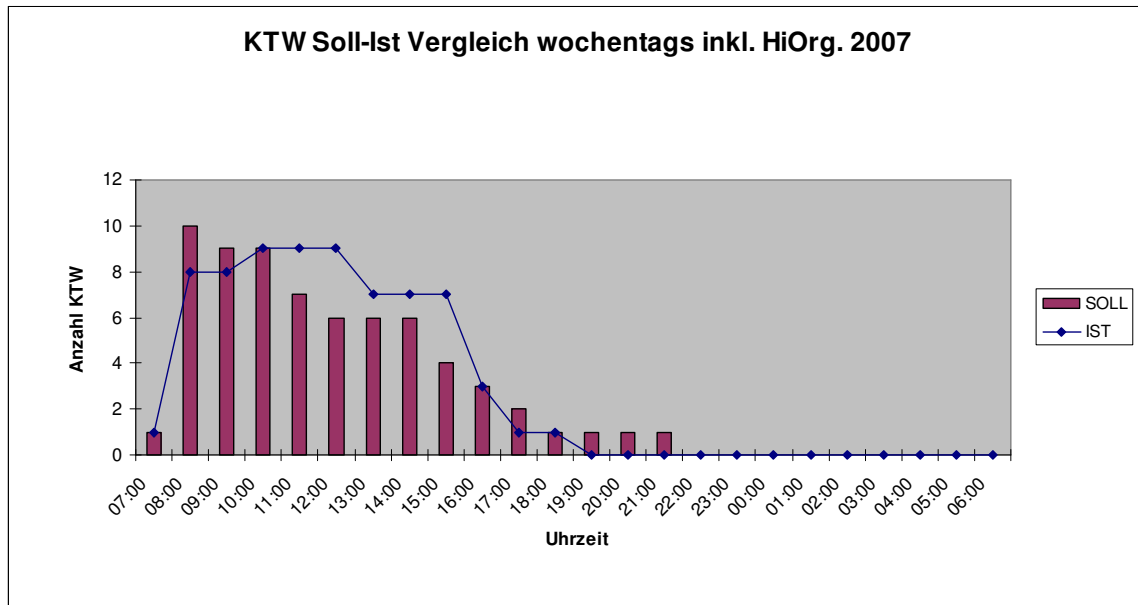


Diagramm 76 - Vergleich Soll – Ist Vorhaltung KTW 2007 - wochentags

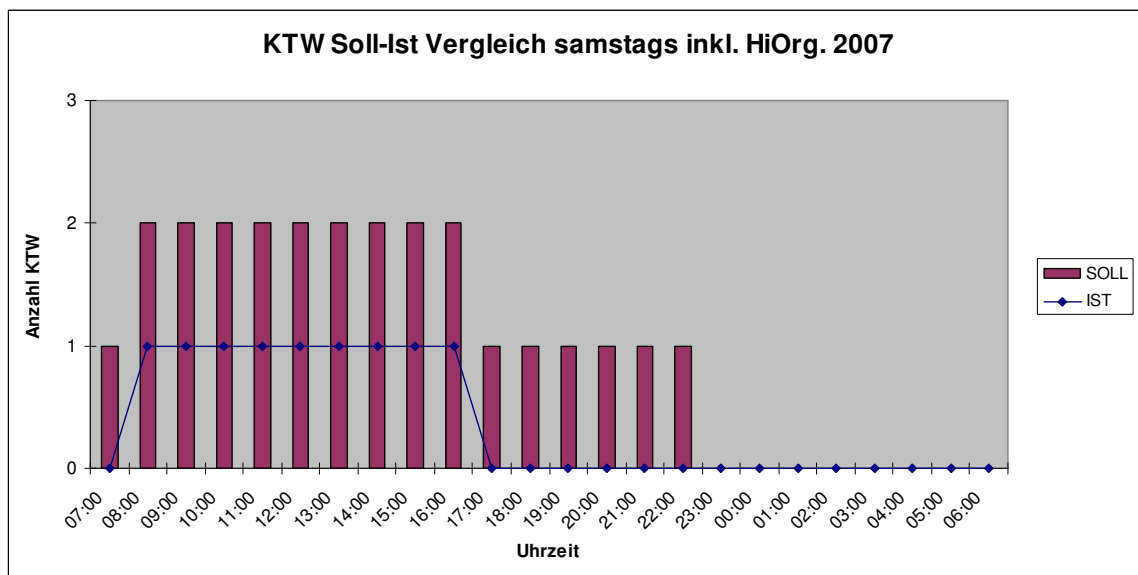


Diagramm 77 - Vergleich Soll – Ist Vorhaltung KTW 2007 - samstags

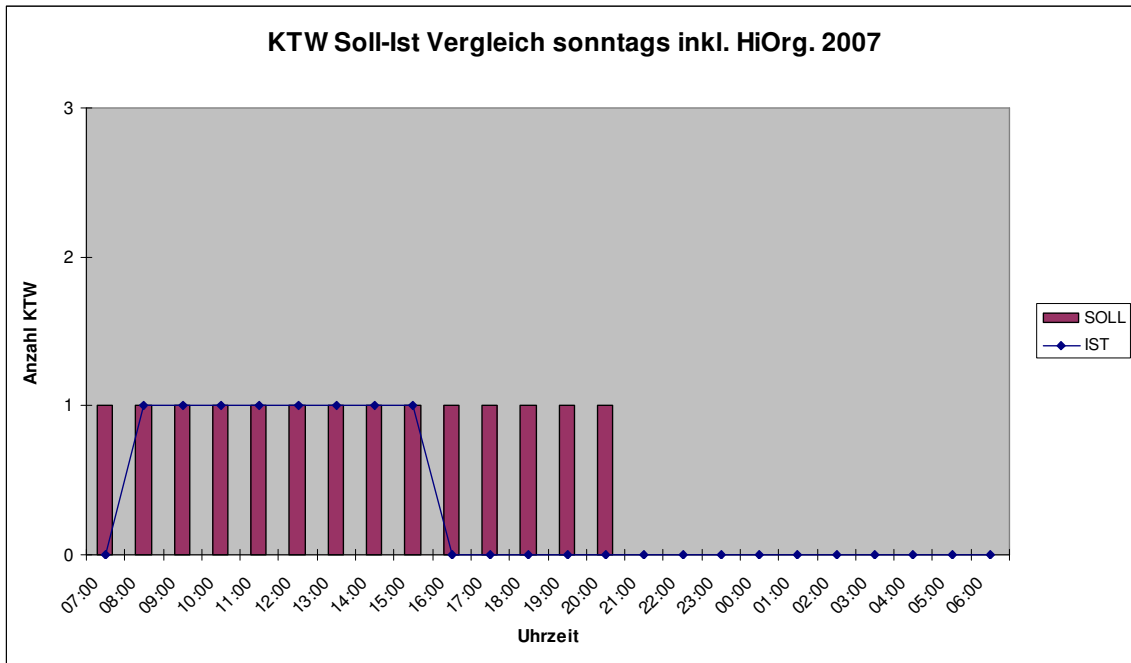


Diagramm 78 - Vergleich Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2007 – sonntags

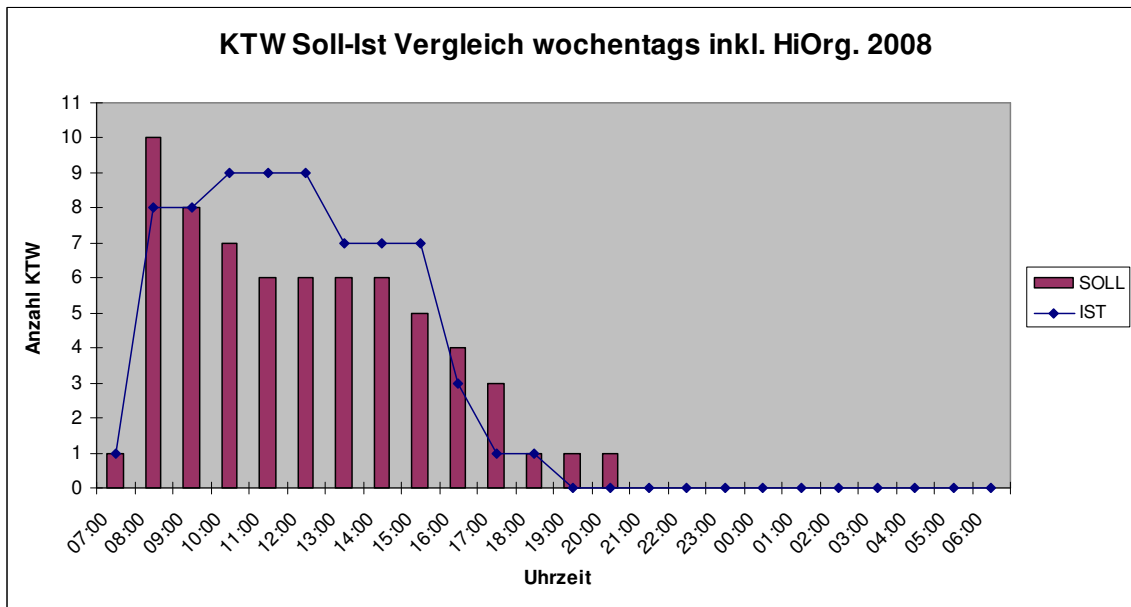


Diagramm 79 - Vergleich Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2008 - wochentags

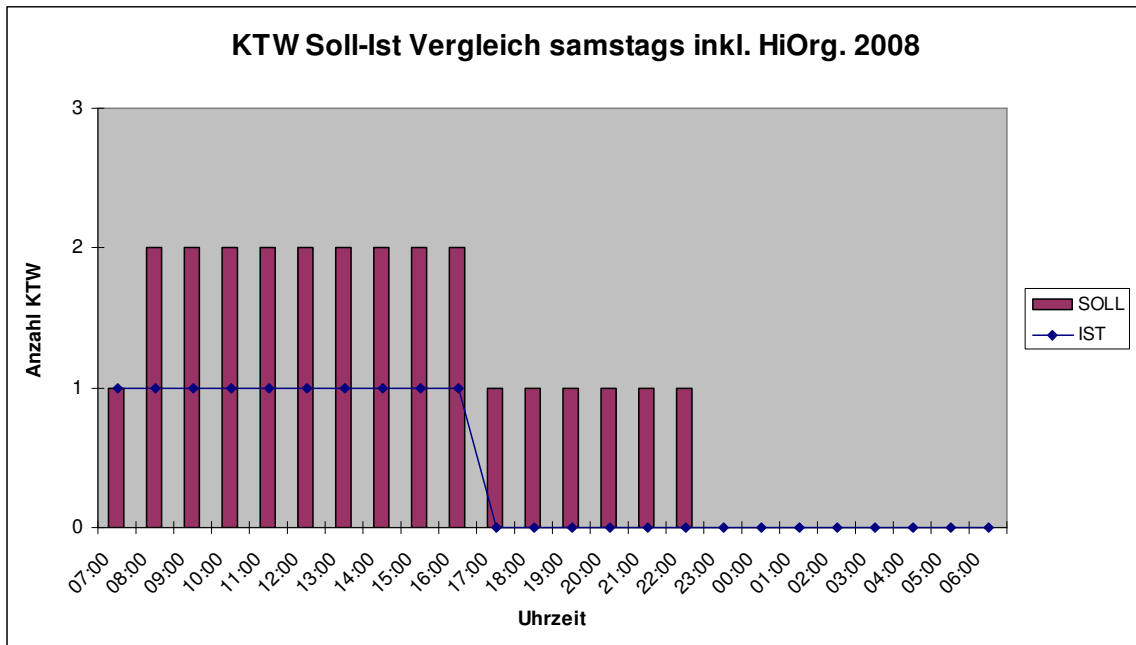


Diagramm 80 - Vergleich Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2008 - samstags

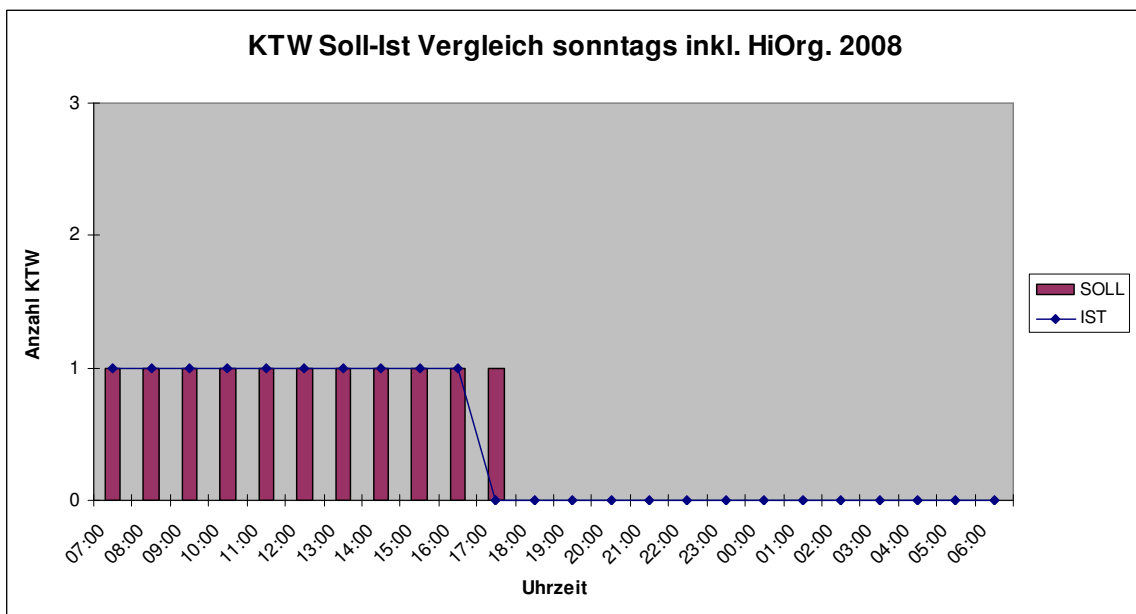


Diagramm 81 - Vergleich Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2008 - sonntags

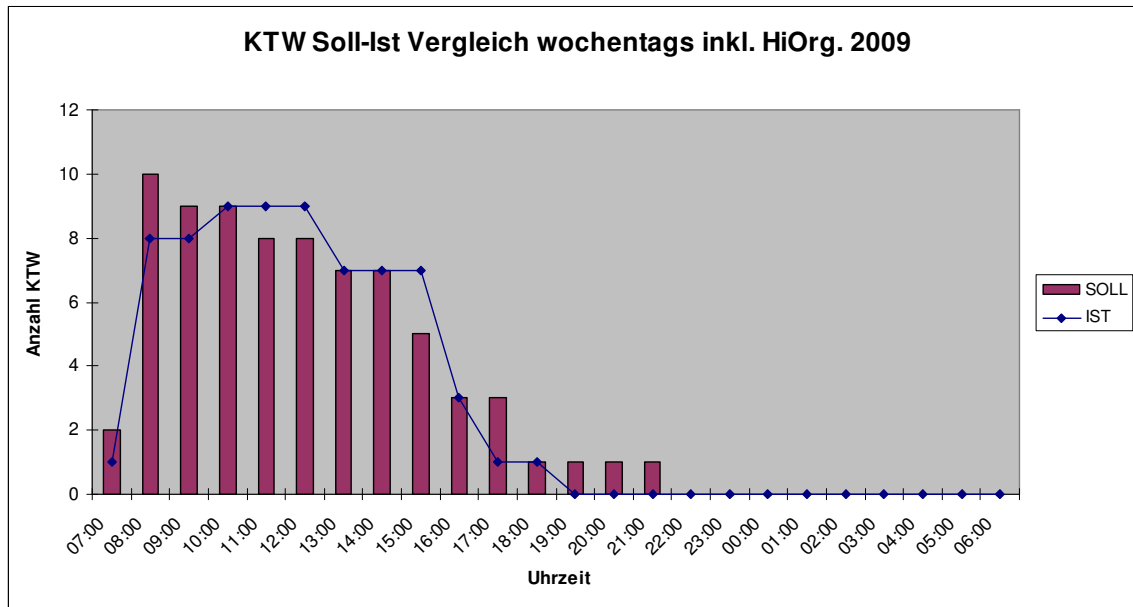


Diagramm 82 - Vergleich Soll – Ist Vorhaltung KTW 2009 - wochentags

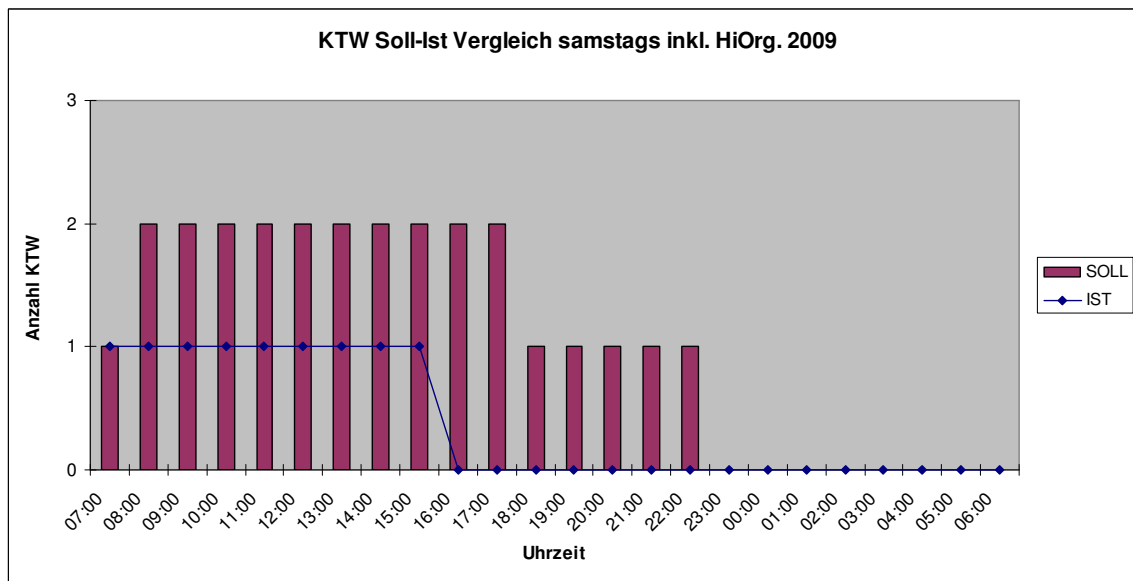


Diagramm 83 - Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2009 – samstags

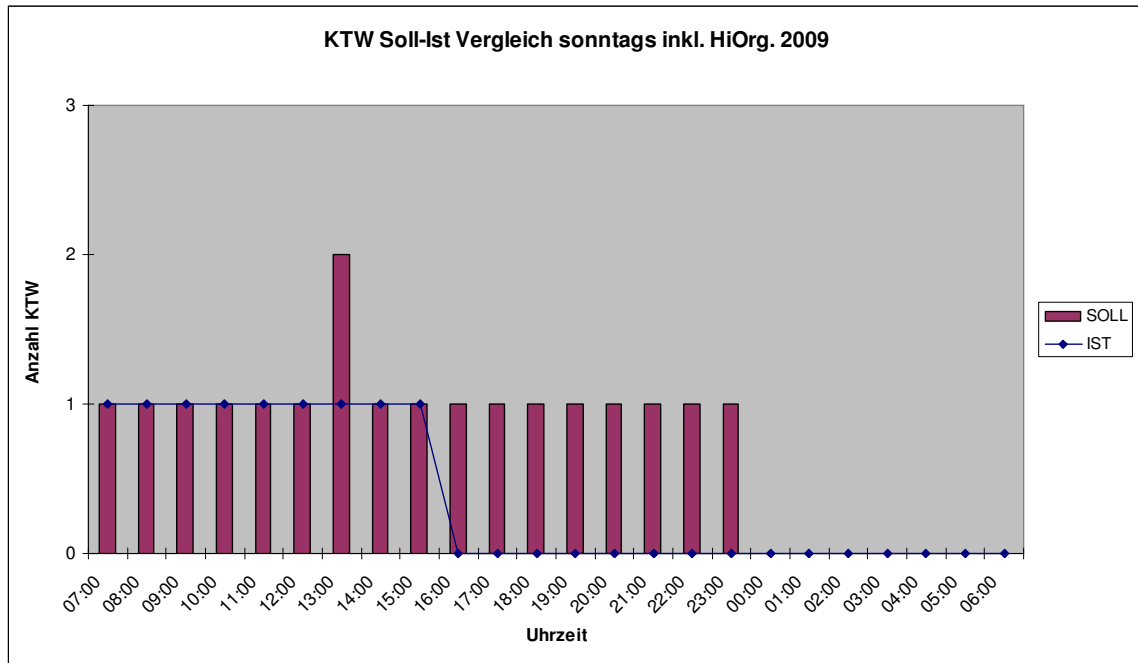


Diagramm 84 - Soll – Ist Vorhaltung der KTW 2009 – sonntags

4.7 Beurteilung/Konsequenzen

In der statistischen Auswertung der KTW-Einsatzzahlen war ab Ende 2008 erkennbar, dass es einen ansteigenden Bedarf an KTW-Transporten gab. Die empirisch begründete Feststellung bedingte eine statistische Überprüfung der Einsatzzahlen bis über das Jahr 2008 hinaus. Aus diesem Grunde wurden die KTW-Einsatzzahlen aus dem Jahr 2009⁸ in den Rettungsdienstbedarfsplan aufgenommen, statistisch aufbereitet und bewertet.

Darstellung

Im Bereich des Krankentransportes werden neun Krankenwagentransportfahrzeuge im Regelrettungsdienst des Oberbergischen Kreises eingesetzt.

Die Dienstzeiten der Krankentransportfahrzeuge sind von Montags bis Freitags, von 08:00 bis 17:00 Uhr, jeweils ein Fahrzeug wird als Früh-KTW von 07:00 bis 17:00 Uhr und ein zweites als Spät-KTW von 10:00 bis 18:30 Uhr eingesetzt. Die beiden Krankentransportfahrzeuge, die bei den Hilfsorganisationen stationiert sind, werden jeweils halbtags vorgehalten. Im Nachtdienst ist kein Krankentransportfahrzeug eingesetzt. Die anfallenden Einsätze werden in diesen Zeiten von Rettungstransportfahrzeugen durchgeführt.

Bewertung

Bei Betrachtung der Jahre 2008 und 2009 an Wochentagen, ist zu erkennen, dass die Nachfrage nach Krankentransporten angestiegen ist. In der Kernzeit (09:00-17:00 Uhr) war über die Jahre 2005-2008 eine Diskrepanz zwischen Vorhaltung an KTW und Nachfrage an KTW entstanden, begründet durch rückläufige KTW-Transporte. Von November 2008 bis Ende Juni 2009 ist eine Trendwende zu erkennen. Die Diskrepanz zwischen Fahrzeugvorhaltung und Auslastung hat sich in der Kernzeit verkleinert.

Die Vorhaltung an verfügbaren KTW ist in dieser Zeit höher als es der tatsächliche Bedarf erfordert. Diese höhere Vorhaltung wird benötigt, um in Zeiten außergewöhnlicher Anforderungen flexibel zu reagieren und um Fahrzeuge adäquat einsetzen zu können.

⁸ Enthalten sind die Einsatzzahlen bis einschl. 30.06.2009

Im Folgenden werden die Vorhaltung an KTW und der Bedarf an Transporten beschrieben.

Wochentag:

In den Tageszeitstunden zwischen 07:00 und 08:00 Uhr ist die Vorhaltung eines KTW regelmäßig nicht ausreichend.

In der Tageszeitstunde 08:00 Uhr ist eine Vollausslastung der vorhandenen Fahrzeuge zu erkennen, wobei häufig die vorhandenen Kapazitäten nicht ausreichen.

In der Zeit von 18:00 bis 22:00 Uhr ist erkennbar, dass die Vorhaltung eines Fahrzeugs erforderlich ist.

Zusammenfassend zeigt diese Feststellung, dass der Betrieb der KTW in der Kernzeit eine zunehmend gute Auslastung aufweist und auf außerplanmäßige Anforderung flexibel reagiert werden kann.

In den frühen Morgenstunden von 07:00 bis 08:00 Uhr und von 08:00 bis 09:00 und in den Abendstunden von 18:00 bis 22:00 Uhr ist ein zusätzlicher Bedarf an Transporten entstanden.

Samstag:

Die Auswertung der Wochenendtage Samstag und Sonntag erfolgte ebenfalls, wie Eingangs erwähnt, über die Jahre 2008 und 2009.

An Samstagen ist die Vorhaltung eines KTW von 08:00 bis 16:00 Uhr nicht ausreichend. Der tatsächliche Bedarf zeigt, dass in der Zeit von 08:00 bis 18:00 Uhr zwei KTW erforderlich sind. In der Zeit von 07:00 bis 08:00 Uhr, sowie von 18:00 bis 22:00 ein KTW erforderlich ist.

Sonntag:

Im Jahr 2008 entsprechen sich die Vorhaltung und der Bedarf bis auf eine Tageszeitstunde. Im Jahr 2009 steigt der Bedarf an Vorhaltung, vor allem in den Nachmittags- und Abendstunden deutlich an. Somit sollte die Vorhaltung eines KTW von 07:00 bis 22:00 Uhr gewährleistet sein.

Konsequenz

Wochentag:

In der Tageszeitstunde ab 07:00 Uhr müssen zwei KTW zur Verfügung stehen.

Um 08:00 Uhr müssen dann alle KTW verfügbar sein (neun Fahrzeuge). Dazu ist es weiterhin erforderlich, dass die bislang abgeleistete Dienstzeit des sog. Spät-KTW von 10:00 bis 18:30 Uhr verändert wird und dieses Fahrzeug um 08:00 Uhr zur Verfügung steht.

Der zusätzliche Bedarf an einem KTW in der Zeit von 08:00 bis 09:00 könnte durch eine Dispositionsoptimierung, sowie eine Optimierung der Arbeitsabläufe im Krankentransport erreicht werden.

In den Tageszeitstunden von 17:00 bis 22:00 Uhr ist es erforderlich dauerhaft einen KTW vorzuhalten.

Die vorgenannten Veränderungen bedingen eine Anpassung der Dienstzeiten auf den Rettungswachen.

Aktuell wurde eine Anpassung der Dienstzeiten und Vorhaltung an Fahrzeugen an den gestiegenen Bedarf erforderlich. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen einer Testphase zum 01.08.2009. Zusätzlich gibt es derzeit einen außerplanmäßigen Bedarf an KTW-Transporten in den Abendstunden (hauptsächlich wegen Dialysepatienten). Um diesem Bedarf entsprechen zu können, wurde ein zweiter KTW im Spätdienst bis 22:00 Uhr eingesetzt. Dazu müssen phasenweise die Hilfsorganisationen zusätzlich eingesetzt werden.

Samstag:

Die in der Bewertung der statistischen Aussagen getroffenen Feststellungen bedürfen einer zügigen Umsetzung.

Sonntag:

An den Sonntagen sollte in der Zeit von 07:00 bis 22:00 Uhr ein KTW verfügbar sein.

Fazit:

Die veränderten Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Krankentransportes erfordern eine flexiblere Anpassung an die Bedürfnisse der Patienten und der Auftraggeber von Krankentransporten. Ebenfalls könnte eine Entzerrung des Einsatzaufkommens durch den zeitlich flexibleren Einsatz der Krankentransportfahrzeuge, eine Steigerung der Effizienz erwirken.

Aus diesem Grunde werden konkret die vorgehaltenen Krankentransportfahrzeuge auf die Zeiten des tatsächlichen Bedarfs verteilt werden.

Es handelt sich hierbei ausschließlich um eine organisatorische Anpassung, die keine Investitionen nach sich zieht (Beschaffung zusätzlicher Rettungsmittel).

Durch diese Organisationsanpassung wird der Notwendigkeit Rechnung getragen, den nicht abgedeckten Bedarf an Krankentransportfahrten regelhaft von den RTW ab zu decken. Es ist nicht zu tolerieren, dass die Kapazitäten der Notfallrettung durch den „artfremden“ Einsatz sowohl Hilfsfristen als auch die Gebietsabdeckung in diesem Bereich gefährden.

Eine weitere Steigerung der Leistungsfähigkeit wird technisch und organisatorisch geplant, in dem die Fahrzeuge künftig von der Kreisleitstelle auf GIS-Basis zu führen sind. Dieses automatisierte Dispositionssystem optimiert die Einsätze aller Rettungsmittel und minimiert Stand- und Leerzeiten.

5. Besondere Versorgungslagen

Definition:

„Für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker bestellt der Träger des Rettungsdienstes Leitende Notärzte oder –ärztinnen und regelt deren Einsatz. Er trifft ferner ausreichende Vorbereitungen für den Einsatz zusätzlicher Rettungsmittel und des notwendigen Personals.

Eine Schadenslage mit einer Vielzahl von Verletzten oder erkrankten Personen, im nachfolgenden Massenanfall von Verletzten/Erkrankten (MANV) genannt, bedarf einer Planung bereits im Vorfeld des Ereignisses. Bei einem derartigen Ereignis sind in engen zeitlichen Grenzen die Patienten zu sichten, zu behandeln und zu transportieren.

Als rettungsdienstliche Besonderheit ist zu beachten, dass die Kapazitäten des Regelrettungsdienstes nicht ausreichen, um so rasch und umfangreich tätig zu werden, wie dies bei einer individualmedizinischen Behandlung üblich ist. Es müssen vielmehr zusätzliche Kräfte herangeführt werden. Dafür sind neben dem Einsatzpersonal auch zahlreiche Führungsfunktionen zu besetzen, die die besondere Lage strukturieren und organisieren können. Die Patienten müssen gesichtet werden, d.h. die Behandlungs- und Transportpriorität wird durch einen Notarzt festgelegt und ggf. muss eine Behandlung vor Ort stattfinden. Die Einsatzstelle muss strukturiert werden, überregionale Kräfte müssen angefordert, eingewiesen und zugeordnet werden, und die Aufnahme- und Behandlungskapazitäten der Kliniken abgefragt werden. Diese Aufgaben werden federführend vom Leitenden Notarzt (LNA) und dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL) durchgeführt.“ (§ 7 Abs. 3, RettG NRW)

5.1 Planungsgrößen

Die Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren Nordrhein-Westfalen (AGBF) hat im Jahre 1999 eine Planungsgrundlage zur Dimensionierung des Sanitätsdienstes verabschiedet. Darin sind Festlegungen zum Bedarf bei einem Massenanfall von Verletzten getroffen worden. Angenommen wird, dass von einer Zahl von 50 verletzten Personen zeitgleich auszugehen ist.

Verfügbarkeitsfristen

- Einsatzbereitschaft des LNA und des OrgL vor Ort innerhalb 30 Minuten.
- Der Behandlungsplatz muss 60 Minuten nach Alarmierung entsprechender Einheiten einsatzbereit zur Verfügung stehen.

5.1.1 Personal

- Leitender Notarzt
- Der Leitende Notarzt ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, der am Notfallort bei einer größeren Anzahl Verletzter, Erkrankter oder bei außergewöhnlichen Ereignissen alle medizinischen Maßnahmen leitet, koordiniert und überwacht. Er verfügt über eine entsprechende Qualifikation. Der Leitende Notarzt übernimmt medizinische Führungs- und Koordinierungsaufgaben. (DIN 13050 RettG NRW §7(3) S.1)
- Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
- Führungsgehilfen RettAss für Abschnittsleitung Rettung

5.1.2 Technik

- Persönliche Ausstattung LNA: siehe Dienstordnung für die Gruppe Leitender Notarzt
- ELW als Hilfsmittel für Führungs- und Koordinierungsaufgaben
- Abrollbehälter Rettungsdienst mit der notwendigen Ausstattung zur Versorgung von 50 Verletzten/Erkrankten

Anzahl der zu versorgenden Personen

MANV 1 = mehr als 3 Verletzte oder 2 bodengebundene Notärzte

MANV 2 = 5 – 10 Verletzte

MANV 3 = 11 - 20 Verletzte

MANV 4 = 21 – 50 Verletzte

5.2 Mindestanforderungen

5.2.1 Technik

- Persönliche Ausstattung: Schutzausrüstung, Feuerwehrhelm, Rettungsdienstjacke, Rettungsdiensthose, Schutzhandschuhe, Sicherheitsschuhwerk
- Allgemeine Ausstattung: 2-Meter-Handsprechfunkgerät, Handlampe

5.2.2 Organisation

- Bereitstellung von Leitenden Notärzten nach § 7 RettG NRW
- Zubringerdienst

5.2.3 Personal

Funktion LNA:

- Besitz des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ einer Ärztekammer
- umfassende Kenntnisse in der Notfallmedizin
- regelmäßige Tätigkeit im Rettungsdienst
- Absolvieren der Fortbildung nach der Empfehlung der Bundesärztekammer zur „Fortbildung zum Leitenden Notarzt“
- Bereitschaft zur regelmäßigen Fortbildung
- Fachliche Kenntnisse über die Infrastruktur des Rettungsdienstes in den Gemeindegebieten.

Funktion OrgL:

- Ausbildungslehrgang OrgL
- Zugführerlehrgang
- Fachliche Kenntnisse über die Infrastruktur des Rettungsdienstes im Einsatzgebiet

Personalansatz:

- 1 Leitender Notarzt
- 1 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
- 8 Notärzte
- 22 Rettungsassistenten/-sanitäter
- 50 Rettungshelfer/Sanitätshelfer

5.3 Aktueller Standard**5.3.1 Technik**

- Persönliche Ausstattung
- ELW der Feuerwehr als Hilfsmittel zur LuK mit geeigneter Ausstattung:
 - zwei 2m-Mobilfunkgeräte
 - zwei 4m-Mobilfunkgeräte
 - Telefon und Telefax (mobil)
- Abrollbehälter mit Rettungsmaterial

5.3.2 Organisation

- Einbindung in die Alarm- und Ausrückeordnung
- Aufgestellte SEG für Transport, Behandlung, Betreuung und Erstversorgung und Technik
- Aufbau- und Ablaufstrukturen
- Regelmäßige Übungen

5.3.3 Personal

Funktion LNA:

- Gebietsanerkennung eines Faches mit Tätigkeit in der Intensivmedizin
- Fähigkeiten zur einsatztaktischen Führung von Kräften
- Berufliche Tätigkeit innerhalb des Einsatzgebietes
- Voraussehbare Mitwirkung in der LNA-Gruppe für mindestens 3 Jahre

Funktion OrgL:

- Beamter des mittleren feuerwehrtechnischen Dienstes, Leitstellendisponent
- mit Qualifikation RettAss
- Regelmäßige Führungsdiensttätigkeit
- Abgeschlossener Lehrgang "Organisatorischer Leiter Rettungsdienst"
- Kenntnisse über die rettungsdienstliche Infrastruktur des Einsatzbereiches

5.4 Ist-Zustand und Zielsetzungen

Zur Erfüllung der Aufgaben nach § 22 FSHG muss jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt in der Lage sein, über die Vorkehrungen des täglichen Bedarfs hinaus, einen Behandlungsplatz für mindestens 50 Verletzte/Erkrankte zu stellen (Definition des AK Katastrophen- und Zivilschutz und des AK Rettungsdienst der AGBF).

Nach § 2 RettG NRW ist es Aufgabe der Notfallrettung, bei Notfallpatienten lebensrettende Maßnahmen am Notfallort durchzuführen, deren Transportfähigkeit herzustellen und sie unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern.

Darüber hinaus ist es Aufgabe des Rettungsdienstes, auch bei einem Massenanfall von Verletzten/Erkrankten (MANV) das individualmedizinische Versorgungsniveau zu erhalten oder möglichst schnell zu erreichen. Hierzu ist der Träger des Rettungsdienstes laut § 7 Abs. 3 RettG NRW verpflichtet, da er auch ausreichende Vorbereitungen für den Einsatz zusätzlicher Rettungsmittel und des notwendigen Personals treffen muss.

5.4.1 Organisations- und Planungsziele

- Aufrechterhaltung der individualmedizinischen Versorgung
- Rückkehr zur individualmedizinischen Versorgung
- Reaktionsintervall zur Steigerung der Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser schaffen

5.4.2 Versorgungsziele

Für den Rettungsdienstbereich des Oberbergischen Kreises ist als Versorgungsziel definiert:

Innerhalb von 30 Minuten müssen 25 – 30 zusätzliche und qualifizierte, einsatzerfahrene Rettungsassistenten/Rettungssanitäter mit einer bekannten notfallmedizinischen Ausstattung einsatzbereit zur Verfügung stehen.

Innerhalb von 45 Minuten müssen eine Verletztenablage, ein Behandlungsplatz und ein Bereitstellungsraum funktionsfähig eingerichtet sein.

Innerhalb von 45 Minuten müssen zwei komplette Einsatzeinheiten (EE) einsatzbereit zur Verfügung stehen.

Planungsgröße (nach AGBF)

S 1 40 % der Verletzten / Erkrankten

S 2 20 % der Verletzten / Erkrankten

S 3 40 % der Verletzten / Erkrankten

S 4 Tote

Kräftebedarf (nach AGBF)

Nachfolgend ist der Mindestbedarf an Einsatzkräften festgelegt.

	LNA	Notarzt	RettAss	RettSan	RettH	Verbandführer	OrgL	Zugführer	Gruppenführer	Helfer	Funktionen gesamt
Führungsstaffel	1					1	1		1	2	6
Eingangssichtung		2	2	2	8				1		15
Behandlungsbereich I (IV)		4	4	4	8			1			21
Behandlungsbereich II		1	2	2	4			1			10
Behandlungsbereich III		1	1	1	4			1			8
Totenablage										2	2
Interner Patiententransport					13				1	50*	51
Technische Unterstützung									1	11	12
Patientenverteilung			1	1					1		3
Rettungsmittelhalteplatz									1	5	6
Transport-Organisation				1				1**			1
Summe	1	8	10	11	37	1	1	4	6	70	135
	LNA	Notarzt	RettAss	RettSan	RettH	Verbandführer	OrgL	Zugführer	Gruppenführer	Helfer	Funktionen gesamt
9/10/11/37/67						1/5/6/123/135					

Tabelle 23 - Mindestbedarf an Einsatzkräften

Bei dieser Berechnung sind nur Kräfte für die notfallmedizinische Versorgung der Verletzten/Erkrankten, für den Aufbau und den technischen sowie fernmeldetechnischen Betrieb von Verletztenablage, Behandlungsplatz und Bereitstellungsraum berücksichtigt.

Die erforderlichen Kapazitäten für den Transport in die weiterbehandelnden Krankenhäuser (Transportkapazität) werden gesondert geplant.

5.4.3 Transportkapazität

Nach Auswertungen von größeren Schadenereignissen mit funktionierender Behandlungsplatzorganisation ist erfahrungsgemäß nach Ablauf von etwa drei Stunden die Einsatzstelle abgearbeitet. Dies ist aber abhängig von der Art des Ereignisses, Wetter, Tageszeit und Verfügbarkeit von Rettungsmitteln. Die Transportkapazität ergibt sich aus der Aufnahmemöglichkeit der Krankenhäuser und der Entfernung zu den Krankenhäusern.

Im Idealfall kann von einer stündlichen Wiedereinsatzbarkeit eines Rettungsdienstfahrzeugs ausgegangen werden.

Der Zeitbedarf für den Transport in auswärtige Krankenhäuser ist durchschnittlich mit zwei Stunden anzusetzen. Daraus resultiert, dass ein erneuter Einsatz dieser Rettungsdienstfahrzeuge unter Umständen nicht mehr möglich ist.

5.4.4 Qualität der Rettungsdienstfahrzeuge

- S 1 NAW, RTW, RTH
- S 2 RTW, KTW, AHS
- S 3 KTW, KTW 4, MTF, Busse

5.4.5 Personalressourcen

Nachstehend sind die vorhandenen und fest eingeplanten Personalressourcen aufgeführt:

Medizinische Versorgung und Patiententransporte:

- Regelrettungsdienst
- Einsatzkräfte der örtlich zuständigen Feuerwehr
- Einsatzkräfte Hilfsorganisationen
- Freiwillige Feuerwehren der Nachbarkommunen
- Einsatzeinheiten (EE) der Hilfsorganisationen (Sanitätsgruppen SAN- und Betreuungsgruppen BETR)

Technik und Fernmeldebetrieb:

- Freiwillige Feuerwehr (IuK-Gruppe der FF Bergneustadt mit ELW II)
- Sondereinheiten der beteiligten Hilfsorganisationen

Ergänzungen:

- Notfallseelsorge
- Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Malteser Hilfsdienst e.V., Deutsches Rotes Kreuz
- überörtliche Kräfte

Bei mehr als 50 zu versorgenden Verletzten/Erkrankten werden diese Einheiten durch überörtliche Kräfte aus dem Bezirk Köln personell und materiell verstärkt.

5.5 Materialressourcen

Zur medizinischen Versorgung von 50 Verletzten/Erkrankten und für Erstmaßnahmen der sozialen Betreuung von betroffenen unverletzten Personen steht auf Kreisebene die Einheit „Betreuungsplatz-Bereitschaft 500“ zur Verfügung.

Die umfassende soziale Betreuung aller Betroffenen wird durch die Betreuungsgruppen der Einsatzeinheiten und der Notfallseelsorge sichergestellt.

5.5.1 Rettungsdienstliche Führungsorganisation

Die parallele Versorgung zahlreicher Notfallpatienten erfordert den Aufbau einer rettungsdienstlichen Führungsorganisation. Etablierte Elemente dieser Führungsorganisation sind der Leitende Notarzt (LNA), der medizinische und taktische Aufgaben wahrnimmt, sowie der Organisatorische Leiter Rettungsdienst, der für einsatztaktische und organisatorische sowie für logistische Aufgaben verantwortlich ist.

Leitender Notarzt

Der Oberbergische Kreis hält eine sog. LNA-Gruppe vor, die regelmäßig mit dem BHP 50 übt und entsprechend der Aufgabenstellung Pläne erstellt.

Diese Gruppe besteht aus sechs Ärzten, die über eine Zusatzausbildung zum Leitenden Notarzt nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) verfügen.

Es handelt sich um vier Krankenhausärzte und zwei niedergelassene Ärzte. Die Leitung der Gruppe liegt beim Ärztlichen Leiter Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises.

Der Einsatz des LNA wird in der AAO des Rettungsdienstes des Oberbergischen Kreises geregelt.

In einer Dienstordnung sind Aufgaben und Befugnisse, Alarmierung, Einsatzausrüstung und Einsatz geregelt.

Es wird ein monatlicher Dienstplan von Ärztlichen Leiter Rettungsdienst erstellt, welcher der Kreisleitstelle zur Verfügung steht.

Die Fortbildung, zu der die LNA- Gruppe verpflichtet ist, wird ebenso wie die Ausbildung zukünftiger neuer Mitglieder der Gruppe vom Oberbergischen Kreis übernommen.

Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL)

Bis zum Aufbau einer dem Schadenereignis angemessenen Führungsorganisation müssen die Rettungsassistenten der NEF in der Lage sein, mit dem ersteintreffenden Notarzt die Einheiten des Rettungsdienstes zu führen.

Eine entsprechend qualifizierte Führungskraft der Kreisleitstelle übernimmt nach Eintreffen die Aufgaben des OrgL.

6. Sonstiges

6.1 Sanitätswachdienst

Die Sicherstellung der rettungsdienstlichen Leistungen gilt auch für größere Veranstaltungen.

Hier ist im Rahmen der Stellungnahme für die Ordnungs- oder Bauaufsichtsbehörde eine entsprechende Anforderung von sanitäts- oder rettungsdienstlichem Personal zu treffen. Beispiele für solche Veranstaltungen sind die verschiedensten Festivitäten in den Kommunen, wie Rosenmontagszüge, Stadtfeste, Oktoberfeste etc.

Je nach Art der Veranstaltung wird der öffentliche Rettungsdienst, sowohl im Krankentransport als auch in der Notfallrettung zusätzlich in Anspruch genommen.

Es bestehen Absprachen zwischen dem Oberbergischen Kreis und den Hilfsorganisationen hinsichtlich der Durchführung solcher vorgeschriebenen Sanitätswachdienste.

Im Regelfall wird der Sanitätsdienst durch die Hilfsorganisationen gestellt. Es kann aber auch sein, dass Besatzungen des Rettungsdienstes dafür eingesetzt werden müssen, wenn die besondere Lage dies erfordert (abhängig von der Risikolage des Festes).

Die Bemessung des Bedarfs wird nach dem Verfahren „Maurer“ durchgeführt, das auf dem empirischen Vergleich einer Vielzahl von Veranstaltungen basiert. Mit diesem Verfahren lässt sich unter Berücksichtigung der Art der Veranstaltung der Teilnehmerzahl und weiterer Komponenten wie Veranstaltungen innerhalb oder außerhalb eines Gebäudes und besondere polizeiliche Erkenntnisse berechnen, wie viele Rettungsmittel und –helfer vorgehalten werden müssen.

6.2 Bereitstellung für die Polizei

Mit Runderlass des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW vom 26.06.2000 ist der Landesteil NRW zur PDV 100 Führung und Einsatz der Polizei, Teil M, Grundsätze für die Zusammenarbeit zwischen Polizei, Rettungsdienst und Betreuungsdienst in besonderen Lagen erlassen worden. Darin werden Festlegungen für die Einsatzdurchführung bei besonderen Lagen wie z. B. Geiselnahmen, Bedrohungslagen oder Zugriffsmaßnahmen auf Bewaffnete oder gewaltbereite Personen aufgezeigt. Darüber hinaus werden Hinweise zum Verhalten des Rettungsdienstes innerhalb und außerhalb der inneren Absperrung gegeben.

Die entsprechenden Planungen/Einsätze werden zwischen der Polizeileitstelle und der Kreisleitstelle (Notruf 112) abgestimmt. Der Einsatzleitnehmer der Kreisleitstelle hält entsprechende Alarmstichworte vor, nach denen solche Einsätze dann regelhaft abgearbeitet werden.

6.3 Medizinische Transporte

Hierunter sind solche Transporte zu verstehen, bei denen unter Berücksichtigung der besonderen Eilbedürftigkeit folgende Voraussetzungen erfüllt sein müssen:

- zur Diagnostik (Schnellschnitte)
- zur Versorgung (Sauerstoff, med. Geräte)
- Blutproben und Blutkonserven

Entsprechende Einsatzfahrten sind für den Oberbergischen Kreis äußerst selten. Das Aufkommen wird zurzeit vom Regelrettungsdienst abgedeckt.

6.4 Einsatznachsorge/Notfallseelsorge

Die Notfallseelsorge für den Oberbergischen Kreis wird durch speziell geschulte Geistliche beider großer Kirchen wahrgenommen.

Es wird hierbei zwischen der Notfallseelsorge, der Fachberatung Seelsorge und der Psychosozialen Unterstützung unterschieden.

Die Kreisleitstelle alarmiert auf Anforderung entsprechend der hinterlegten Einsatzstichworte das notwendige Personal.

V. Unterhaltung des Rettungsdienstes

Die Unterhaltung des Rettungsdienstes wird auf der Strukturebene vom eingesetzten Personal und der eingesetzten Technik gewährleistet. Im Nachfolgenden werden diese beiden Systemkomponenten beschrieben und bewertet.

Der Oberbergische Kreis sorgt als Träger des Rettungsdienstes dafür, dass die im Bedarfsplan festgelegte Anzahl an Rettungswachen ständig einsatzbereit ist. Die Sicherung des Dienstbetriebes in den Wachen kann von unterschiedlichen Organisationen übernommen werden. Die Trägerschaft liegt entweder beim Kreis oder bei einer kreisangehörigen Kommune.

Im Oberbergischen Kreis ist nur die Rettungswache Radevormwald in der Trägerschaft einer kreisangehörigen Kommune, die die Wache mit eigenem Personal betreibt. Alle anderen Standorte stehen direkt in der Trägerschaft des Oberbergischen Kreises. Die Sachausstattung der Wachen erfolgt dabei zentral über die Kreisverwaltung, während der Personaleinsatz und die Betriebsführung von insgesamt sechs privaten Institutionen übernommen werden. So sind vier Krankenhäuser (Engelskirchen, Gummersbach, Waldbröl und Wipperfürth) sowie zwei Hilfsorganisationen (DRK und JUH) in den Betrieb der Rettungswachen des Kreises eingebunden.

Dabei bleibt es bei der Organisation rettungsdienstlicher Tätigkeiten ein fachliches Ziel, dass alle Beschäftigten nach den gleichen inhaltlichen Kriterien und Standards arbeiten.

1. Personal

Der Personalbedarf für das nicht ärztliche Personal ergibt sich aus den täglich zu besetzenden Funktionen.

Alle Mitarbeiter des Rettungsdienstes im Oberbergischen Kreis leisten im Rettungsdienst/Notfallrettung nach Dienstplan 24 Stunden Schichten mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeits- und Bereitschaftsdienstzeit von 48 Stunden.

Die im Rettungsdienst/Krankentransport eingesetzten Mitarbeiter des Rettungsdienstes arbeiten im Tagesdienst 8 Stunden werktätlich.

Da die Mitarbeiter einer Rettungswache jeweils einem Krankenhaus oder einer Klinik zugeordnet sind, ergeben sich jeweils von Wache zu Wache unterschiedliche Arbeitszeitmodelle. Dies ist darin begründet, dass jeweils unterschiedliche Tarifverträge den jeweiligen Arbeitsverhältnissen zugrunde liegen.

Eine weitere Konsequenz dieser Dienstmodelle ist eine inhomogene Verteilung von hauptamtlichen Mitarbeitern und qualifizierten Aushilfskräften innerhalb der Wachen. Hier ist im Sinne der Qualitätssicherung zukünftig Handlungsbedarf, da die zunehmende Qualifizierung der Rettungsdienstmitarbeiter eine sporadische Tätigkeit, im Sinne einer Aushilfstätigkeit, nur noch bedingt zulässt. Der Anteil der hauptamtlichen Rettungsdienstmitarbeiter sollte zentral erfasst und überprüft werden, um dann aus der Analyse heraus eine Planung zu ermöglichen.

Die dezentrale Organisation des Rettungsdienstes mit allen Konsequenzen (verschiedene Arbeitszeit - und Tarifmodelle, mehrfache verschiedentliche Personalverwaltungen, bis zu den unterschiedlichen Wahrnehmungen von Rettungsdienstpersonal in den Krankenhäusern und Kliniken) bedarf einer kritischen Überprüfung.

1.1 Ausbildung

Der Oberbergische Kreis bildet keine Rettungsassistenten und keine Rettungssanitäter aus.

Die im Rettungsdienst eingesetzten Mitarbeiter haben sämtlich auswärtige Ausbildungen, dabei überwiegend aus den regionalen, umliegenden Rettungsdienstschulen.

Die jeweiligen Hauptwachen der Krankenhäuser und Kliniken sind als Lehrrettungswachen zur praktischen Ausbildung der Jahrespraktikanten zugelassen. Dort absolvieren kreisweit jährlich zwischen vier bis sechs Praktikanten das Jahrespraktikum der Rettungsassistenten-Ausbildung.

1.2 Fortbildung

Die berufliche Fortbildung des nicht-ärztlichen Personals im Rettungsdienst ist nach § 5 des Rettungsgesetzes Absatz 5 festgeschrieben und gehört zu den Berufspflichten des Einsatzpersonals. Diese Fortbildung muss jährlich mindestens 30 Stunden umfassen.

Im Jahr 2006 wurde die 30-Stunden-Fortbildung reorganisiert und in das Gesundheits- und Bildungszentrum Oberberg integriert. In dieser Einrichtung wird die Fortbildung des Rettungsdienstpersonals in enger Abstimmung zwischen dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und den Dozenten erarbeitet und angeboten. Zunächst wurden drei Blockkurse an vier Tagen in einer Woche angeboten. Seit dem Jahr 2008 wurde das Angebot auf vier Kurse an vier Tagen pro Woche erweitert, da der benachbarte Rheinisch-Bergische Kreis an der Kreisfortbildung des Oberbergischen Kreises teilnimmt.

Das Curriculum der 30-Stunden-Fortbildung umfasst die allgemeinen notfallmedizinischen Themen, von der Repetition der Grundlagen bis zu den fachspezifischen Notfällen und zu den fachspezifischen Studien aus der Notfallmedizin. Zusätzlich wurde ebenfalls im Jahr 2006 die Zertifizierung der Notkompetenz implementiert. Dabei werden die Rettungsassistenten jährlich wiederkehrend in Theorie und Praxis zur Durchführung solcher Maßnahmen ausgebildet, die notfallmedizinisch für eine kompetente Versorgung eines kritisch erkrankten oder kritisch verletzten Patienten notwendig sind und regulär ärztliche Maßnahmen sind. Diese Maßnahmen sind in Abstimmung der Fachgremien allgemein als Notkompetenz bekannt und beschreiben das fachlich fundierte Anwenden notfallmedizinischer (ärztlicher) Maßnahmen durch nicht-ärztliches Fachpersonal bis zum Eintreffen des Notarztes am Notfallort.

Insbesondere sind die Defibrillation mit halbautomatischen Defibrillatoren, die Intubation ohne Relaxantien, die Anlage intravenöser Zugänge und die Gabe von ausgewählten Medikamenten gemeint. Die notwendige ärztliche Verantwortung übernimmt der Ärztliche Leiter Rettungsdienst im Rahmen der Zertifizierung.

Um den stetig steigenden Versorgungsansprüchen an das nicht-ärztliche und auch das ärztliche Personal im Rettungsdienst durch die Möglichkeiten moderner Notfallmedizin, sowie den stetig in Entwicklung und Fortschritt befindlichen medizinischen Erkenntnissen in der Realität entsprechen zu können, wurden im Jahr 2008 moderne, international anerkannte Methoden zur präklinischen Versorgung Schwerstverletzter, regulär in die Fortbildung der ärztlichen und nicht ärztlichen Mitarbeiter im Rettungsdienst integriert. Unter dem Begriff der „Strukturierten Traumaversorgung“ werden hier Standards in der Versorgung von Schwerstverletzten implementiert.

Eine organisierte notärztliche Fortbildung befindet sich in Planung.

2. Technik

2.1 Fahrzeuge

2.1.1 Rettungswagen (RTW)

Die Rettungswagen werden nach Vorgaben der DIN-EN 1789 Typ C beschafft. Es handelt sich um Fahrgestelle der 5.000kg Klasse in Dieseltechnologie, mit Kofferaufbau.

Sie müssen mindestens über die Sicherheitseinrichtungen wie Fahrer- und Beifahrerairbag, ABS, ASR und ESP verfügen. Für zusätzliche Sicherheit ist bei zukünftigen Beschaffungen Xenon-Licht und eine Sondersignalanlage in LED-Technik vorgesehen. Zur Standardausstattung gehören Automatikgetriebe, Klimaanlage, Motorweiterlaufschaltung, und Motorvorwärmung, Zentralverriegelung auch für die Koffertüren, elektrisch verstell- und beheizbare Außenspiegel, Nebelscheinwerfer und Dieselpartikelfilter. Weiterhin sind die Fahrzeuge mit Schleuderketten, Retarder (Wirbelstrombremse) und Rückfahrkamera ausgestattet.

In Anbetracht der extremen Beanspruchung der Fahrzeuge bei jedem Wetter und jeder Tageszeit ist diese Ausstattung schon zur Sicherheit aller Mitfahrenden gerechtfertigt.

2.1.2 Notarzteinsetzungsfahrzeug (NEF)

Aktuell werden wendige Kombi-Limousinen als NEF eingesetzt. Die Ausstattung wird überwiegend im Kofferraum verlastet. Hinter dem Beifahrersitz befindet sich ein Materialschränk. Das Fahrzeug muss über drei Sitzplätze für den Fahrer, den Notarzt und eine weitere Person (z.B. Praktikant) verfügen. Notarzteinsetzungsfahrzeuge verfügen grundsätzlich über die gleiche Ausstattung wie die Rettungswagen.

Zusätzlich ist bei den NEF aufgrund der Topographie und der besseren Fahreigenschaften Allradantrieb erforderlich. Zukünftigen ist auch hier Xenon-Licht und eine Sondersignalanlage in LED-Technik vorgesehen. Ideal aufgrund der guten Fahreigenschaften und der Möglichkeit auch abseits geteuerter Wege fahren zu können ist eine Luftfederung mit Niveau-Regulierung. Aufgrund des Zuladungsgewichtes und der Anzahl der mitzuführenden Gerätschaften (neu hinzugekommen ist z.B. das Autopulse Geräte) könnte die sichere Unterbringung dieser, auf den bisherigen Fahrzeugen mög-

licherweise problematisch werden. Daher muss ggf. auf eine andere Fahrzeugklasse ausgewichen werden.

Angedacht ist hier die sog. SUV-Klasse, die auch eine höhere Sitzposition bietet und aufgrund der Größe im Verkehr besser wahrgenommen wird.

2.1.3 Krankentransportwagen (KTW)

Für KTW ist ein Transporterfahrzeug bis 3.500 kg in der Gewichtsklasse bis 3.200 kg zu nutzen, damit sie noch mit Führerscheinklasse B gefahren werden können. Auch hier ist ein Fahrer- und Beifahrerairbag, ABS, ASR und ESP, Automatikgetriebe, Klimaanlage, Motorweiterlaufschaltung, Rückfahrkamera, Zentralverriegelung und Xenon-Licht, sowie elektrisch verstell- und beheizbare Außenspiegel notwendig. Zusätzlich ist hier eine Standheizung vorgesehen.

2.1.4 Abrollbehälter Rettungsdienst

Es wird ein Abrollbehälter Rettungsdienst nach Vorgaben des Landes NRW vorgehalten, der mit Materialien zur Versorgung von bis zu etwa 50 Patienten bestückt ist. Dieser Abrollbehälter wird bei Ereignissen ab einer Anzahl von 10 verletzten Personen eingesetzt.

Wichtigste Ausstattungsgegenstände sind Zelte á 40 m², Zeltbeleuchtung und -beheizung, Stromversorgung, Tragen, Decken und notfallmedizinische Ausrüstung, insbesondere Beatmungsgeräte und AED.

Die Ausstattung ist an die Ausstattung des Rettungsdienstes Oberbergischer Kreis ausgerichtet, um die Kompatibilität sicherzustellen.

Besonders für die medizinischen Geräte sind regelmäßige Wartungen erforderlich.

Für den Transport wird ein Wechselladerfahrzeug mit einem zulässigen Gesamtgewicht von 18 t und einer Auf- und Absetzvorrichtung für Abrollbehälter eingesetzt (keine spezielle Vorhaltung nur für diesen Zweck).

2.1.5 Nutzungsdauer

Die bisherige Nutzungsdauer von sieben Jahren für RTW und NEF und fünf Jahren für KTW ist aufgrund der hohen Laufleistung nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die ad-hoc-Arbeitsgruppe der AGBF „Musterbedarfsplan“ empfiehlt Krankenkraftwagen über sieben Jahre und NEF/NAW über fünf Jahre abzuschreiben. Sinnvoll ist jedoch keine starre Altersgrenze für den Ersatzzeitpunkt zu bestimmen, sondern diesen in Abhängigkeit von Laufleistung, laufenden Kosten und Alter festzulegen.

Die RTW sollten daher bei einer maximalen Laufleistung von ca. 250.000 km und/oder nach fünf Jahren ersatzbeschafft werden. Leasingverträge sollten somit nur über vier bis fünf Jahre abgeschlossen werden, bzw. die Abschreibungsdauer sollte 5 Jahre betragen.

Bei den NEF ist eine Laufleistung bis ca. 200.000 km und/oder eine Nutzungsdauer von drei bis fünf Jahren sinnvoll. Die Abschreibungsdauer sollte vier Jahre betragen, Leasingverträge über drei bis vier Jahre abgeschlossen werden.

Die KTW sollten nicht länger als fünf bis sieben Jahre, bzw. ca. 250.000 km - 300.000 km genutzt werden.

Hier sollte der Abschreibungszeitraum bei fünf Jahren liegen und Leasingverträge über max. fünf Jahre abgeschlossen werden.

Das Beschaffungsverfahren sollte ca. 50.000 km vor dem Erreichen der max. Laufleistung oder etwa sechs bis zwölf Monate vor Erreichen der Altersgrenze des Fahrzeuges eingeleitet werden.

Sollten in Einzelfällen die laufenden Kosten für ein Fahrzeug das normale Maß erheblich übersteigen, so sollte auch eine frühere Ersatzbeschaffung möglich sein.

Im Gegenzug dazu kann die Ersatzbeschaffung auch verzögert werden, wenn Fahrzeuge bei Erreichen der Laufleistung oder Altersgrenze noch in entsprechendem Zustand sind und die laufenden Kosten das normale Maß nicht übersteigen.

Sofern es wirtschaftlich zu vertreten ist und entsprechender Bedarf besteht, werden ausgemusterte Fahrzeuge noch einige Zeit als Reserve vorgehalten.

2.1.6 Wartung, Reinigung und Desinfektion

Die Überprüfung der Fahrzeugausstattung und Fahrzeugtechnik erfolgt täglich durch die Fahrzeugbesatzungen. Das Ergebnis der Überprüfung wird dokumentiert.

Die Reinigung und Desinfektion der Fahrzeuge erfolgt gemäß dem Hygieneplan.

Eine Außenreinigung erfolgt nach Bedarf.

2.1.7 Bedarfsberechnung

Der Bedarf an mit planmäßiger Besatzung vorzuhaltenden Krankenkraftwagen ist in Kapitel IV. 1 bis IV. 3 dargestellt.

Darüber hinaus sind Reservefahrzeuge zur Abdeckung von Ausfallzeiten, wie Werkstattstandzeiten für Wartung und Reparatur, längere Desinfektionszeiten, sowie Unfallausfälle (ggf. Überbrückung bis zur Neubeschaffung bei Totalschäden), vorzuhalten.

Weiterhin könnte mit diesen Reservefahrzeugen ggf. unkalkulierbare Höchstspitzenbedarfe oder zeitgleiche längere Transporte abgedeckt werden.

Genauere Ausfallzeiten der Fahrzeuge sind bisher nicht erfasst worden, jedoch stehen die Fahrzeuge des Öfteren mehrere Stunden, teilweise Tage, bei Unfällen auch Wochen in der Werkstatt. Bei einem (wirtschaftlichen-) Totalschaden vergehen bis zur Indienststellung des Neufahrzeuges sogar mehrere Monate.

Da eine Anmietung von Einsatzfahrzeugen sehr kostspielig ist, sollten diese Dienste möglichst nur bei Unfallschäden mit Fremdverschulden und einer Ausfallzeit ab ca. 1 Woche in Anspruch genommen werden.

Als Reserve sind daher mindestens jeweils ein RTW, NEF und KTW vorzuhalten.

2.2 Medizinische Geräte

Es erfolgt eine tägliche Funktionskontrolle durch die Fahrzeugbesatzungen gem. Herstellerangaben.

Die Sicherheitstechnische Kontrolle (STK) und die Messtechnische Kontrolle (MTK), sowie ggf. notwendige Reparaturen erfolgen durch den Hersteller bzw. durch autorisierte Firmen nach dessen Vorgaben. Diese werden protokolliert.

2.3 Schutzausrüstung

Die persönliche Schutzkleidung wird vom Träger des Rettungsdienstes gestellt.

Sie besteht aus:

- Schutzjacke
- Schutzhose
- Sicherheitsschuhe

zusätzlich bei Bedarf:

- Infektionsschutzoverall
- Handschuhe
- Schutzhelm

2.3.1 Mindestanforderungen

Die Mindestanforderungen ergeben sich aus den Unfallverhütungsvorschriften der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften (GUV-R 2106), sowie den Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.

2.3.2 Wechsel der Schutzkleidung im Rettungsdienst und Krankentransport

Ein Wechsel der Mehrwegbekleidung (Jacke, Hose, Polo-Shirt, T-Shirt, Sweatshirt) erfolgt mindestens 1x täglich, bzw. nach Infektionsfahrten und Defekt.

Einwegschutzkleidung wird nach jedem Gebrauch und bei Defekt gewechselt.

Für das hauptamtliche Personal soll die Oberbekleidung (Jacke, Hose, Polo-Shirt, Sweatshirt) von einem externen Dienstleister per Fullservice (inkl. desinfizierende Wä-

sche gem. Hygienevorschriften, sowie Hol- und Bringservice) zur Verfügung gestellt werden.

Für Aushilfen sowie Zivildienstleistende und Praktikanten soll Eigentumswäsche über den gleichen externen Dienstleister gem. den Hygienevorschriften gereinigt werden (Hol- und Bringservice).

2.3.3 Ist-Zustand

Die im Eigentum des Trägers des Rettungsdienstes befindliche Schutzkleidung wird teilweise hausintern nach den Hygienerichtlinien desinfizierend gewaschen, teilweise von externen Dienstleistern gereinigt.

Aus hygienischen Gründen ist es untersagt, die Schutzkleidung mit nach Hause zu nehmen.

3. Verwaltung

Einrichtung und Betrieb eines Rettungsdienstes erfordern über den Einsatz des in den Wachen beschäftigten Personals hinaus Verwaltungspersonal zur Abwicklung der notwendigen zentralen Tätigkeiten.

Im Fachbereich Rettungsdienst der Kreisverwaltung sind deshalb neben einer Sekretariatskraft für die Sachbearbeitung derzeit drei Stellen erforderlich (1,5 im mittleren, 1,5 gehobenen Dienst). Der zuständige Abteilungsleiter, aber auch die Amtsleitung des Ordnungsamtes übernehmen erhebliche Leitungsfunktionen für den Rettungsdienst.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Aufgaben:

Fachverwaltung

- Dienst- und Fachaufsicht : Leitung
- Organisation: Bedarfsplanung,
- Beschaffungen
- Gebäudemanagement
- Fortbildung
- Dienst- und Schutzkleidung
- Betreuung / Administration der ADV

Finanzen, Controlling, allgemeine Verwaltung (FinVw)

- Haushaltsplanung und -ausführung
- Finanzcontrolling
- Gebührenbedarfsrechnung
- Kostenrechnung
- Buchhaltung
- Allgemeines

Gebührenabrechnung

- Erstellung der Gebührenbescheide
- Sollstellung zur Kreiskasse
- Rückläuferbearbeitung

Darüber hinaus unterstützen die zentralen Dienststellen des Kreises den Fachbereich Rettungsdienst mit folgenden Tätigkeiten:

Zentrale Dienste / Administration

- Geschäftsführung (LR, KD)
- Rechnungsprüfungsamt
- Presse- und Informationswesen
- Gemeinschaftsaufgaben (z. B. Frauenförderung, Personalentwicklung)
- Gemeinde - Statistik
- Personalvertretung
- Personalverwaltung /Lohnbuchhaltung
- Arbeitsmedizin
- Rechtsberatung (Rechtsamt)
- Kämmerei (Finanzverwaltung)
- Nachrichtentechnik
- zentrale ADV (Zentralrechner u. ä.)
- Stadtkasse: Gebührenbuchhaltung
- Vollstreckung
- sonstiger Zahlungsverkehr
- sonstige Infrastruktur

4. Qualitätssicherung/Kontrolle

Qualitätssicherung im Rettungsdienst bedarf zum einen eines Managementsystems, welches die Leistungen im Rettungsdienst nach medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Kriterien erfasst und zum anderen deren Qualität nach definierten Vorgaben kontrolliert.

Ein derartiges System zur Sicherung und Kontrolle der Qualität macht die im Rettungsdienst erbrachten Leistungen transparent und steuerbar.

Strukturierte Behandlungskonzepte und konkrete Handlungsanweisungen sichern die Qualität der Versorgung der Notfallpatienten.

Strukturierte Konzepte müssen von allen Mitarbeitern im Rettungsdienst erarbeitet werden. Dazu gehören Schulung, Training, Anwendung und Überprüfung der erlernten Inhalte.

So erlangen Notfallpatienten und Helfer geprüfte Sicherheit, die letztlich die Qualität in der Notfallrettung im Besonderen und im Rettungsdienst im Allgemeinen auszeichnet.

Die Dokumentation formaler komplexer Einsatzdaten, sowie die inhaltlich standardisierte Einzelfallerfassung, durch moderne Technik im Einsatzleitrechner und aktuelle Protokollierung nach den Vorgaben der DIVI, ermöglichen die Schaffung von Strukturdaten ebenso wie Auswertung und Überprüfung von Einzelfällen.

Auswertungen struktureller Daten mit Einsatzinformationen und Notfallmaßnahmen werden in wissenschaftlichen Arbeiten in Kooperation des Oberbergischen Kreises und lokalen Hochschulen analysiert und im Rahmen von Studien- und Diplomarbeiten bewertet.

4.1 Einsatzdokumentation

Zur Erfassung rettungsdienstlicher und notärztlicher Leistung wird im Oberbergischen Kreis seit 2006 das DIVI Protokoll 2.0 verwendet. Die dort erfassten Daten werden archiviert und zu konkreten Fragestellungen bearbeitet. Nach Aufbau einer Datenbankstruktur in den Jahren 2006 bis 2009 können die dort erfassten Daten zu konkreten Fragestellungen und Auswertungen verwendet werden. Zukünftig werden die Daten digital erhoben. Ein umfangreiches Projekt hierzu ist aktuell in der Phase der Umsetzung.

4.2 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Definition

Der „*Ärztliche Leiter Rettungsdienst*“ ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, der auf regionaler bzw. überregionaler Ebene die medizinische Kontrolle über den Rettungsdienst wahrnimmt und für Effektivität und Effizienz der präklinischen notfallmedizinischen Patientenversorgung und -betreuung verantwortlich ist.

Aufgaben

Der „*Ärztliche Leiter Rettungsdienst*“ ist für das medizinische Qualitätsmanagement der Patientenversorgung und -betreuung verantwortlich. Er legt die hierzu erforderlichen Grundsätze fest und wirkt daran mit, dass im Rettungsdienst die notwendigen Strukturen aufgebaut und die Prozessabläufe konstant sach-, zeit- und bedarfsgerecht erbracht werden. Deshalb nimmt der „*Ärztliche Leiter Rettungsdienst*“ folgende Aufgaben wahr:

1. Einsatzplanung und -bewältigung

Mitwirkung

- bei der Erstellung von rettungsdienstlichen Bedarfsanalysen
- bei der Koordination der Aktivitäten der am Rettungsdienst beteiligten Organisation
- bei der Konzeption der Fahrzeugstrategie in der Leitstelle
- bei besonderen Schadenslagen

Festlegung

- der medizinischen Behandlungsrichtlinien für das nicht-ärztliche Personal im Rettungsdienst
- der medizinisch-organisatorischen Versorgungsrichtlinien für arztbesetzte Rettungsmittel
- der pharmakologischen und medizinisch-technischen Ausrüstung und Ausstattung im Rettungsdienst
- von Strategien für die Bearbeitung von medizinischen Hilfeersuchen durch die Leitstelle
- von medizin-taktischen Konzepten für die Bewältigung von besonderen Schadenslagen

2. Qualitätssicherung

Festlegung

- der Dokumentationsinstrumente für den Rettungsdienst
- der Methodenauswahl für die Datenanalyse
- der medizinischen Bewertung der Datenanalyse und Berichtfertigung

Mitwirkung

- bei der Planentwicklung für evtl. notwendige Korrekturmaßnahmen
- bei der Identifikation der zu untersuchenden Systemkomponenten
- bei der Beurteilung der Wirksamkeit durchgeführter Korrekturmaßnahmen

Aus-/Fortbildung

- Richtlinienkompetenz für die notfallmedizinischen Aus- und Fortbildungsinhalte für nicht-ärztliches Personal im Rettungsdienst (inkl. Leitstellenpersonal)
- Erarbeitung von Roh- und Feinzielen für die ärztlichen Unterrichtsthemen der Aus- und Fortbildung für nicht-ärztliches Personal im Rettungsdienst
- Auswahl und Einweisung von ärztlichen Referenten
- Mitwirkung bei ärztlichen Unterrichtsthemen in der Aus- und Fortbildung von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal
- Planung und Koordination der klinischen Aus- und Fortbildung von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal
- Mitwirkung bei der Planung und Koordination der ärztlichen notfallmedizinischen Fortbildung

Arbeitsmedizin und Hygiene

- Mitwirkung bei der Anwendung von Einsatztauglichkeitskriterien
- Mitwirkung bei der Auswahl geeigneter Schutzbekleidung
- Überwachung der Einhaltung von Hygienevorschriften

Gremienarbeit

- Vertretung des Trägers des Rettungsdienstes in medizinischen Fragen in regionalen und überregionalen Gremien

Forschung

- Initiierung, Durchführung und Mitwirkung bei notfallmedizinischen Forschungsprojekten

Stellung

Zur Durchführung seiner Aufgabe bedarf der "Ärztliche Leiter Rettungsdienst" einer Stellung, die ihm die Kompetenz zur Durchführung seiner Aufgaben verleiht.

Der „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“:

- wird von der für den Rettungsdienst zuständigen Behörde bestellt
- ist in allen medizinischen Belangen der Durchführung des Rettungsdienstes entscheidungs- und weisungsbefugt:
- in medizinischen Fragen und Belangen gegenüber den durchführenden Organisationen und dem nichtärztlichen Personal und
- in medizinisch-organisatorischen Belangen gegenüber dem ärztlichen Personal im Rettungsdienst
- die den Rettungsdienst durchführenden Organisationen sind ihm gegenüber berichtspflichtig
- berät die zuständige Behörde in allen medizinischen Angelegenheiten des Rettungsdienstes
- ist in verantwortlicher Stellung eingebunden in eine am Notarzteinsatz beteiligte Abteilung eines Krankenhauses

Organisationsmodelle

Aufgrund der regional unterschiedlichen Größe und Organisationsstrukturen des Rettungsdienstes können keine verbindlichen Empfehlungen für die Organisationsform zur Institutionalisierung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst gegeben werden.

Qualifikation

Um die mit dem umfangreichen Aufgabenkatalog und der Bedeutung der Stellung des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst" verbundenen hohen Anforderungen erfüllen zu können, ist eine besondere Qualifikation erforderlich, die sowohl medizinische als auch administrative Kenntnisse erfordert.

Die Qualifikation umfasst:

1. eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Gebiet mit Bezug zur Notfall- und Intensivmedizin
2. den Fachkundenachweis "Rettungsdienst" oder eine von der zuständigen Ärztekammer als vergleichbar anerkannte Qualifikation
3. die Qualifikation als "Leitender Notarzt" entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer
4. eine langjährige und anhaltende Tätigkeit in der präklinischen und klinischen Notfallmedizin
5. zu erwerbende Kenntnisse in der Systemanalyse, Konzeptentwicklung und Problemlösung im Rettungsdienst
6. Detailkenntnisse der Infrastruktur des Rettungsdienstes und des Gesundheitswesens
7. Teilnahme an einer speziellen Fortbildung zum "Ärztlichen Leiter Rettungsdienst" entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer
8. kontinuierliche Fortbildung in den Fachfragen des Aufgabengebietes

Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ (Stoffkatalog):

Um die vielfältigen Aufgaben, die mit der Funktion des "Ärztlichen Leiters Rettungsdienst" verbunden sind, fachgerecht erfüllen zu können, ist die Teilnahme an einem mindestens 24 Stunden umfassenden speziellen Fortbildungsseminar erforderlich. Voraussetzung für die Teilnahme in diesem Seminar, in dem insbesondere Managementkompetenz und administrative Kenntnisse vermittelt werden sollen, sind die in den Empfehlungen zum Ärztlichen Leiter genannten ersten vier Qualifikationsmerkmale.

Organisation des Rettungsdienstes

- historische Entwicklung des Rettungsdienstes
- Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes
- politische Rahmenbedingungen
- ökonomische Rahmenbedingungen
- medizinische Rahmenbedingungen
- Rechtsgrundlagen
- Rettungsdienstgesetze der Bundesländer
- Rettungsassistentengesetz
- Gesundheitsstrukturgesetz (SGB V)
- Arzneimittelrecht
- sonstige Rechtsvorschriften (z. B. Feuerschutzgesetz, Ordnungsrecht, Medizin-Geräte-Verordnung)
- Organisationsstrukturen des Rettungsdienstes
- Aufsichtsbehörden für den Rettungsdienst
- regionale/überregionale rettungsdienstliche Gremien
- Finanzierung des Rettungsdienstes

Qualitätsmanagement und Verwaltungslehre

- allgemeine Verwaltungslehre
- Grundlagen des Qualitätsmanagement
- effizienzorientiertes Rettungsdienstmanagement
- Personalmanagement und -bedarfsplanung
- Kommunikationsstrategien
- Grundlagen der Öffentlichkeitsarbeit

Medizinische Belange des Rettungsdienstes

- Qualifikation und Stellung des Personals im Rettungsdienst
- Arbeitsmedizinische Grundlagen
- Hygiene und Arbeitsschutz
- Konzeption und Gestaltung von Fortbildungsmaßnahmen
- aktuelle Forschungsschwerpunkte in der präklinischen Notfallmedizin

Quelle: (EMPFEHLUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER ZUM ÄRZTLICHEN LEITER RETTUNGSDIENST, Bundesärztekammer Stand: 09.12.1994, bestätigt durch den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätswesen“ der Bundesärztekammer 23.11.2006)

VI. Struktur des Rettungsdienstes / Ist-Zustand

1. Rettungswachen

Beschreibung/Standort

Im Oberbergischen Kreis sind elf Rettungswachen angesiedelt. Traditionell, nach dem Vorbild des Gummersbacher Modells, waren und sind die Hauptrettungswachen an den Kliniken und Krankenhäusern des Oberbergischen Kreises stationiert.

Das Gummersbacher Modell wurde in den frühen 1960er Jahren von dem Chirurg Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog begründet und war bundesweit Vorbild für Initiativen des Rettungsdienstes. Nach diesem Modell wurde vormals ein „Klinomobil“ der Vorläufer eines Rettungswagens von Krankenhauspersonal, das heißt von Pflegern und einem Arzt besetzt, zum Patienten entsandt. Ähnliche Modelle kamen nahezu zeitgleich in Heidelberg und Köln zum Einsatz und gelten bis heute, neben wenigen anderen, mit als die Pioniere der modernen Notfallmedizinischen Entwicklung.

Neben den Standorten an den sechs Krankenhäusern kamen nach und nach fünf neue Standorte als Außenwachen der Hauptstandorte hinzu.

Somit ist die Infrastruktur der Rettungswachen im Oberbergischen Kreis eine gewachsene Struktur.

In diesem Rettungsdienstbedarfsplan werden erstmalig nach wissenschaftlichem Standard die Standorte auf den gerechten Bedarf hin überprüft.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind im Oberbergischen Kreis folgende Rettungswachen eingerichtet.

Rettungswache 1, Bergneustadt

Außenwache der Rettungswache Gummersbach

Rettungswache 2, Engelskirchen

Hauptwache an den Katholischen Kliniken Oberberg
am Krankenhaus Engelskirchen

Rettungswache 3, Gummersbach

Hauptwache am Kreiskrankenhaus Gummersbach

Rettungswache 4, Hückeswagen

Außenwache der Rettungswache Wipperfürth

Rettungswache 5, Lindlar

Außenwache der Katholischen Kliniken Oberberg
am Krankenhaus Lindlar

Rettungswache 6, Marienheide

Hauptwache DRK in Marienheide

Rettungswache 7, Lichtenberg

Außenwache der Rettungswache Waldbröl

Rettungswache 9, Radevormwald

Hauptwache Feuerwehr Radevormwald
am Krankenhaus Radevormwald

Rettungswache 11, Waldbröl

Hauptwache am Kreiskrankenhaus Waldbröl

Rettungswache 12, Eisenroth

Hauptwache der JUH in Wiehl.

Rettungswache 13, Wipperfürth

Hauptwache am Krankenhaus Wipperfürth

Alle Rettungswachen im Rettungsdienstbereich des Oberbergischen Kreises sind an 365 Tagen des Jahres 24 Stunden täglich besetzt.



Abbildung 49 - Rettungswachenstandort im Oberbergischen Kreis

2. Rettungsmittelvorhaltung

Zur Bedarfsberechnung siehe Kapitel IV 2.6 und 4.6. sowie V 2.1

Die Fahrzeuge werden wie folgt vorgehalten:

Ist-Zustand									
Rettungswache	Vorgehaltene Einsatzfahrzeuge						Fahrzeugbestand		
	24 h besetzt			zeitabhängig besetzt					
	RTW	NEF	KTW	RTW	NEF	KTW	RTW	NEF	KTW
Bergneustadt	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Engelskirchen	1	1	0	0	0	2	1	1	2
Gummersbach	2	1	0	0	0	2	2	1	2
Hückeswagen	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Lindlar	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Marienheide	1	0	0	0	0	1	1	0	1
Lichtenberg	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Radevormwald	1 ¹⁾	0	0	0	0	1	1 ¹⁾	0	1
Waldbröl	1	1	0	0	0	1	1	1	1
Eisenroth (mit Wiehl)	1	0	0	0	0	1	1	0	1
Wipperfürth	1	1	0	0	0	1	1	1	1
Summe:	12	4	0	0	0	9	12	4	9
DRK	0	0	0	0	0	1 ²⁾	0	0	0
MHD	0	0	0	0	0	1 ²⁾	0	0	0
Summe:	0	0	0	0	0	2²⁾	0	0	0

¹⁾ RTW bzw. NAW

²⁾ samstags bzw. bei Spitzenbedarf

Tabelle 24 - Rettungsmittelvorhaltung

3. Personal

Nach dem geltenden Gesetz (RettG) sind Krankentransportwagen (KTW) mit mindestens einem Rettungssanitäter und einem Rettungshelfer; Rettungswagen (RTW) mit einem Rettungsassistenten und einem Rettungssanitäter und Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) mit einem Rettungsassistenten zu besetzen.

Für die Besetzung aller Rettungsmittel werden daher folgende Stellen benötigt (vgl. Schmiedel, Behrendt, Betzer „Bedarfsplanung im Rettungsdienst, sowie Behrendt, Personalbedarf und Dienstplangestaltung im Rettungsdienst“):

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit je hauptamtliche Vollkraft (HA-VK):

38,5 Stunden/Woche (tägliche Arbeitszeit von 7,7Std.) ergibt bei 52,14 Wochen/Jahr:

2.007,39 Brutto Vollzeitjahresstunden (VZJStd).

Ausfallzeiten:

(Erholungsurlaub, Freizeitausgleich für Wochenfeiertage, Krankheit, Aus- und Fortbildung usw.)

55,8 Tage = 429,66 Std. ~21,41%

Ergibt: 2007,39 Brutto VZJStd. – 429,66 Std. =

Netto-Volljahresstunden je HA-VK: 1.577,73 VZJStd.

Vorhaltestd.: RTW: 365 Tage x 24 h = 8.760 Std. x 2 Pers. = 17.520 Std.

Vorhaltestd.: NEF: 365 Tage x 24 h = 8.760 Std.

Vorhaltestd.: KTW: 250 Tage x 8 h = 2.000 Std. x 2 Pers. = 4.000 Std.

KTW: 250 Tage x 5 h = 1.250 Std. x 2 Pers. = 2.500 Std.

Stellenbedarf bei Verlängerung der regelmäßigen Arbeitszeit auf 48 Std.:

Vollzeitfaktor: 0,8020

RTW:

17.520Std. x 0,8020/1.577,73VZJStd. = 8,91 Stellen x 11 RTW = **98,01Stellen**
ohne Radevormwald

NEF:

8.760Std. x 0,8020/1.577,73 VZJStd. = 4,45 Stellen x 4 NEF = **17,8 Stellen**

KTW:

4.000Std. x 0,8020/1.577,73 VZJStd. = 2,03 Stellen x 6 KTW = 12,18 Stellen

2.500Std. x 0,8020/1.577,73 VZJStd. = 1,27 Stellen x 2 KTW = 2,54 Stellen

Gesamt: **14,72 Stellen** ohne Radevormwald

Personalbedarf insgesamt: 130,53 Stellen ohne Radevormwald.

VII. Private Anbieter

Im Oberbergischen Kreis sind keine privaten Anbieter im Rettungsdienst tätig.

VIII. Interkommunale Zusammenarbeit

In den geographischen Randbereichen des Oberbergischen Kreises werden Rettungsfahrten auf Anforderung in Einzelfällen auch in benachbarte Gebiete des Kreises übernommen, ebenso auch in umgekehrter Richtung.

Über den Einzelfall hinaus deckt das notärztliche Personal des Standortes Wipperfürth auch Gebiete im Rheinisch-Bergischen Kreis ab (Overath, Kürten), das Personal der Standorte Waldbröl und Engelskirchen übernimmt Einsätze im Rhein-Sieg-Kreis (Much, Ruppichteroth, Rosbach). Die langjährigen Absprachen der beteiligten Träger der Rettungsdienste haben sich in der Praxis bewährt.

IX. Schlussfolgerungen

1. Ausblick und Prognose

1.1 Kreisleitstelle

Soll-Ist-Vergleich

Personal

In 2009 wurde die geltende Arbeitszeitverordnung für Feuerwehrbeamte (AZVO-Feu) umgesetzt, so dass alle im Stellenplan vorgesehenen Kräfte auch tatsächlich zur Verfügung stehen.

In diesem Punkt entspricht die Sollvorgabe dem Ist-Zustand.

Die Ausbildung der Leitstellendisponenten wird kontinuierlich und stetig vorgenommen, so dass alle Mitarbeiter der Kreisleitstelle eine abgeschlossene Feuerwehrausbildung im mittleren feuerwehrtechnischen Dienst, die OrgL-Ausbildung und die Ausbildung zum Rettungsassistenten vorweisen können.

Technik

Hard- und Software werden regelmäßig auf dem aktuellen Stand der Technik vorgehalten und entsprechen den gesetzlichen Vorgaben (Richtlinie des BAPT 221 ZV 5; allgemeine ZZF-Zulassungsrichtlinien; NRAbE-dig).

Informations- und Kommunikationsmittel stehen – redundant – zur Verfügung. Die Umstellung der vorhandenen analogen Gleichwellenfunkanlage auf Digital wird dann angestrebt, wenn das neue digitale Funknetz aufgebaut und die Hardware entsprechend zertifiziert wurde.

Die Alarmierungstechnik wird bis auf Weiteres in der vorhandenen analogen Technik vorgenommen.

Ausstattung

Die Ausstattung ist – den Bedürfnissen der Kreisleitstelle angepasst – in ausreichender Qualität und Quantität vorhanden.

Ergebnis

Alle Notrufe für den Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises werden von der Kreisleitstelle des Oberbergischen Kreises bearbeitet.

Die neu installierte Technik verbessert die Annahmezeiten der Disponenten, das Dokumentationssystem aller Transportberichte und die Disposition der Rettungsmittel.

Ausstattung und Personal in der Leitstelle sind in ausreichender Qualität und Quantität vorhanden.

Der vorhandene Personalbestand an Disponenten entspricht dem Sollbestand, so dass hier kein weiterer Bedarf besteht.

Die immer komplexer werdende IT-Technik der Kreisleitstelle (Einsatzleitrechner, Telefonie, Dokumentation der Transportberichte im Rettungsdienst, Digitale Funktechnik, Technik für die Stabsarbeit in Falle von Großschadensereignissen) mit dem Erfordernis einer Verbindung dieser verschiedensten Einzelsysteme wird auf Dauer das Qualifizierungsprofil – zumindest bestimmter Leitstellenfunktionen – der Disponenten beeinflussen.

Die neuen, komplexen Einsatztechniken erfordern einen qualifizierten IT-Bereich als Hintergrunddienst, damit eine vollständige 365 Tage Einsatzbereitschaft gewährt werden kann.

Dies kann auf Dauer nur gewährleistet werden, wenn auch aus dem Kreis der Disponenten qualifizierte Mitarbeiter mindestens als ‚Best User‘ ausgebildet werden.

Zurzeit wird eine halbe Technikstelle (verteilt auf zwei Mitarbeiter) vorgehalten, um die Einführung des Digitalfunks auf Kreisebene umzusetzen und auch die taktischen Veränderungen dieser neuen Technik in den Einsatzleitrechner zu implementieren.

Ausblick

Es ist geplant, mit anderen integrierten Kreisleitstellen (Notruf 112) einen Leitstellenverbund herzustellen, durch den Einsatzspitzen und Schwachlastzeiten kreisüberschreitend ausgeglichen werden können. Dies kann allerdings nur als Fernziel angestrebt werden, da alle in der Kreisleitstelle genutzten Techniken aufeinander abzustimmen sind.

Der Hintergrunddienst ist den Erfordernissen anzupassen und eine personelle Anpassung ist für die Zukunft zwingend notwendig.

1.2 Notfallrettung (ohne Notarzt)

Personal

Der Stellenplan des Oberbergischen Rettungsdienstes sieht im Bereich der Notfallrettung insgesamt als Soll eine Personalzahl von 98 vor. Die Besetzung dieser Stellen wird gewährleistet mit einem durchschnittlichen Wert von 80 % an hauptamtlichen Kräften und einen 20 % Anteil an Aushilfen.

Die gesetzlich vorgeschriebene Ausbildung wird als Minimum zu Grunde gelegt und wird ergänzt durch zusätzliche Ausbildungskonzepte, die auf die kreisweit festgelegten und abgestimmten Sonderverfahren (integrierte Versorgung Herzinfarkt; integrierte Versorgung Schlaganfall und Oberbergischer Traumakonsensus) abstellen.

Sollvorgaben und Ist-Bestand weisen keine signifikanten Differenzen auf.

Rettungsmittel / Rettungswachenstandorte

In Kap. 2.7. wird der aktuelle Stand in der Notfallrettung detailliert erläutert und dargestellt.

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass nicht alle Wachbereiche der örtlichen Zielsetzung entsprechen und daher Veränderungen notwendig sind:

Der Versorgungsbereich der Rettungswache Bergneustadt ist soweit anzupassen, dass eine Hilfsfristerfüllung von 90% möglich ist. Die Zahl der hier stationierten Rettungsmittel bleibt unverändert.

Die nicht mehr dem Versorgungsbereich Bergneustadt zugeordneten Gebiete werden ergänzt durch Gebietsteile der Gemeinde Reichshof, die keinem anderen Versorgungsbereich zugewiesen sind.

Hier entsteht ein neuer Wachbereich (Reichshof) mit einer zusätzlichen Rettungswache sowie einem zusätzlichen Rettungstransportfahrzeug.

Der Versorgungsbereich der Rettungswache Marienheide soll optimierter abgedeckt werden, wenn der zurzeit (provisorisch) genutzte Rettungswachenstandort von Marienheide (Ort) zum Brandschutzzentrum nach Kotthausen verlegt wird. Die Anzahl der Rettungsmittel bleibt gleich.

Der Versorgungsbereich der Rettungswache Elsenroth ist aufgrund seiner Größe und der Einsatzfrequenz aufzuteilen:

- Der Standort Elsenroth wird aufgegeben
- Ein neuer Standort wird in Nümbrecht (Nähe der Rhein-Sieg-Klinik) angesiedelt. Hier wird ein Rettungsmittel stationiert.
- Ein weiterer Standort wird in Wiehl-Bielstein angesiedelt. Auch hier wird ein Rettungsmittel stationiert.

Insgesamt wird für den Versorgungsbereich der Rettungswache Elsenroth ein zusätzlicher Standort mit insgesamt einem zusätzlichen Rettungsmittel benötigt.

Die übrigen Standorte auf Kreisebene entsprechen in Anzahl der Rettungsmittel und Größe des Versorgungsgebietes der örtlichen Zielsetzung des Kreises.

Hinsichtlich der Bausubstanz sind alle Standorte renovierungsbedürftig oder müssen teilweise erweitert werden. Der Standort Wipperfürth entspricht in Größe, Zuschnitt und Bausubstanz nicht mehr den Erfordernissen und ist dringend baulich zu erweitern und zu renovieren. Der Standort Engelskirchen ist stark renovierungsbedürftig, die Räume im Krankenhaus Lindlar müssen optimiert werden. Der Standort Gummersbach muss erweitert werden, da nicht ausreichend Räume für das gesamte Personal zur Verfügung stehen.

Zusammengefasst sind zur Gewährleistung der Hilfsfrist folgende Maßnahmen erforderlich:

- Stationierung von 14 statt bisher 12 Rettungswagen im Kreisgebiet. Damit werden in jeder der 13 kreisangehörigen Kommunen ein RTW und entsprechend der Bevölkerungsverteilung in der Kreismitte ein zusätzlicher Rettungswagen zur Verfügung stehen.
- Anpassung der Versorgungsbereiche der Wachstandorte in Bergneustadt, Marienheide und Nümbrecht (Elsenroth) an die geänderte Bedarfslage
- Errichtung neuer Wachen in Reichshof (Sinspert) und in Wiehl (Bielstein)
- Verlagerung zweier Wachen innerhalb der Gemeinden Nümbrecht und Marienheide sowie Optimierung der Lage in Lindlar
- Erweiterung der Wache in Gummersbach
- Renovierung der Wachen in Engelskirchen, Waldbröl und Wipperfürth.

Ausstattung der Rettungsmittel/Rettungswachen

Alle Fahrzeuge entsprechen der einschlägigen DIN und sind vollständig ausgestattet. Der Sollbestand entspricht dem tatsächlichen Ist-Bestand.

Ausblick

Mit der Umsetzung aller Maßnahmen (zusätzliche Standorte und Rettungsmittel) wird die örtliche Zielsetzung umgesetzt, 90% aller Notfalleinsätze innerhalb der Hilfsfristen abzudecken.

Es wird angestrebt, die Ausrückzeiten von zurzeit maximal 120 Sekunden auf 90 Sekunden zu senken.

1.3 Notärztliche Versorgung

Ausgehend von der letzten Bedarfsfortschreibung für den Rettungsdienst 2004 verfügt der Kreis nach wie vor bedarfsgerecht über insgesamt 6 notärztliche Standorte. Statt des Standortes in Lindlar wurde ein anderer in Marienheide in Betrieb genommen, der allerdings anders als in Lindlar nach dem Rendez-vous-System arbeitet. Außer Betracht bleibt im Folgenden der Notarztstandort Radevormwald, weil er von der Stadt selbst gemeinsam mit der Rettungswache betrieben wird.

Ärztliches Personal

Zum Engpass entwickelt sich in den letzten Jahren die zuverlässige Gestellung des notärztlichen Personals durch die Krankenhäuser. Angesichts der Veränderungen in der Krankenhauslandschaft wird das traditionelle Modell einer Gestellung bundesweit brüchig, die Inanspruchnahme von (not-)ärztlichen Leistungen wird teurer.

Auf Dauer wird die Gestellung notärztlichen Personals nur durch die Einbeziehung externer Fachkräfte weiterhin sichergestellt werden können. In welcher Organisationsform dies geschieht, ist derzeit noch nicht absehbar. Zurzeit ist die Versorgung in Oberberg durch den neu aufgebauten Personalpool gewährleistet. Die weitere Entwicklung hängt von vielen unterschiedlichen Faktoren ab und bleibt abzuwarten. Denkbar wäre z.B. eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen oder die Organisation des Pools mit kreiseigenen Kräften statt durch eine Krankenhausverwaltung.

Nichtärztliches Personal

Durch die Umstellung der Ablauforganisation von einem Notarztwagen (Lindlar) zu einem Notarzt-Einsatzfahrzeug (Marienheide) ist eine zusätzliche Stelle für den Fahrer des NEF erforderlich. Da das neu eingesetzte NEF aktuell an fünf Tagen der Woche für jeweils 12 Stunden besetzt ist, beschränkt sich die neue Stelle zunächst auf diesen Zeitrahmen.

Unterbringung am Notarztstandort

Bisher war das notärztliche Personal, während des Bereitschaftsdienstes, in den Gebäuden der Krankenhäuser untergebracht. In den Krankenhäusern ist jedoch eine adäquate Unterbringung aus Platzmangel nicht möglich. Außerdem wirken sich die von den Rettungswachen zum Teil weit entfernt liegenden Räume negativ auf die Ausrückzeiten des NEF aus.

Deshalb ist mittelfristig die Schaffung adäquater Unterbringungsmöglichkeiten in oder in der Nähe aller Wachstandorte erforderlich.

Ausstattung

Durch die Umstellung der Ablauforganisation von einem Notarztwagen (Lindlar) zu einem Notarzt-Einsatzfahrzeug (Marienheide) wird ein zusätzliches Fahrzeug benötigt.

Die Ausstattung der in Oberberg eingesetzten Notarzt-Einsatzfahrzeuge entspricht dem aktuellen Standard und wird an allen Standorten eingehalten. Allerdings muss die theoretische Laufzeit der NEF dem gestiegenen Einsatzaufkommen angepasst werden. Nach vier Jahren ständiger Einsatzfahrten können die Fahrzeuge nur noch mit unverhältnismäßig hohem Aufwand einsatzbereit vorgehalten werden.

Bei zukünftigen Ersatzbeschaffungen der NEF ist eine erhöhte Zuladung (mindestens 750 kg) erforderlich, weil die mitzuführenden medizinischen Geräte schwerer geworden sind. Ggf. hat dies Auswirkungen auf den zu verwendenden Fahrzeugtyp.

Ausblick

Die tiefgreifenden und schnellen Veränderungen des Gesundheitssystems wirken sich auch im Rettungsdienst bei der notärztlichen Versorgung der Bevölkerung aus. Durch den sich abzeichnenden Mangel an niedergelassenen Ärzten im ländlichen Raum könnte die Einsatzhäufigkeit des notärztlichen Personals zunehmen, während gleichzeitig die Gestellung des Personals durch die Krankenhäuser schwieriger wird.

Diese generellen Entwicklungen sind nicht nur, aber exemplarisch auch im Oberbergischen Kreisgebiet zu erwarten.

1.4 Qualifizierter Krankentransport

Personal

Die Stellen im Krankentransport entsprechen dem tatsächlichen Bedarf. Die insgesamt 14 Stellen sind alle adäquat besetzt.

Unterbringung

Der Krankentransport findet im Tagesdienst außerhalb von Sonn- und Feiertagen statt. Entsprechende Sozialräume stehen an allen Standorten zur Verfügung.

Fahrzeugbestand

Alle Fahrzeuge entsprechen der DIN und werden entsprechend ausgestattet.

Ausblick

Es wird angestrebt, die Wartezeit bis zum Eintreffen des Rettungsmittels auf max. 30 Minuten zu begrenzen.

Dies wird nur umzusetzen sein, wenn die Fahrzeugvorhaltung nicht ausschließlich auf die Zeit von 08.00 Uhr – 17.00 Uhr beschränkt wird, sondern ein Früh-KTW und ein Spät-KTW planmäßig zur Verfügung stehen.

1.5 Verwaltung

Personal

Der Personalbestand in der Sachbearbeitung ist für den derzeitigen Geschäftsbetrieb ausreichend und entspricht in Ausbildung und Besetzung dem Soll.

Für den IT-Bereich ist allerdings ein zusätzlicher Stellenanteil vorzusehen, da im Bereich der Abrechnung der Transportberichte neue Technik eingesetzt werden muss (Verfahren nach § 302 SGB V, Einführung der neuen Patientenkarte, Konsequente Dokumentation aller Transportberichte gem. DIVI-Dok-Richtlinien.).

Um den Bedürfnissen der Kostenträger entsprechen zu können, ist eine umfassende IT-Betreuung auf Dauer erforderlich. Sie soll mit dem Hintergrunddienst der Kreisleitstelle kombiniert erbracht werden.

Ausstattung

Die Ausstattung entspricht den Anforderungen; Soll und Ist stimmen überein.

Unterbringung

Der Platzbedarf ist größer, als tatsächlich Büroraum zur Verfügung steht. Auf Dauer ist zusätzlicher Büroraum erforderlich.

Ausblick

Mit der konsequenten Umsetzung des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V ist eine optimierte Fakturierung (einschl. Rückläuferbearbeitung) und eine verbesserte Einnahmepaxis geplant. Alle Transportberichte sollen spätestens nach einem Monat abgerechnet sein und spätestens nach einem weiteren Monat soll der Zahlungseingang verbucht sein.

2. Zusammenfassende Betrachtung

Die Kreisleitstelle wird ausreichend mit Personal und Ausstattung vorgehalten und eine Annahmezeit von durchschnittlich weniger als 60 Sekunden wird erreicht.

Einzig die Unterbringung der Disponenten ist noch zu verbessern und wird im Rahmen des geplanten Anbaus angepasst werden.

Die präklinische Versorgung im Oberbergischen Kreis wird seit 1962 (bekannt als Gummersbacher Modell) stetig den steigenden Anforderungen angepasst und verbessert.

Der Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises befindet sich zurzeit in einer Periode der umfassenden Anpassung an die Erfordernisse des Kreises.

Schon der letzte Rettungsdienstbedarfsplan hatte die Errichtung neuer Rettungswachen zur Folge und die jetzt vorliegenden Ergebnisse – auf der Basis anerkannter wissenschaftlicher Erhebungen – werden das Bild des Rettungsdienstes nachhaltig verändern.

Die Vorhaltung von Wachstandorten entsprechend der Einsatzschwerpunkte wird zusätzliche Rettungswachen entstehen lassen, um die Hilfsfristeinhaltung kreisweit in mindestens 90 % der Einsätze garantieren zu können.

Zurzeit wird eine durchschnittliche Ausrückzeit von max. 120 Sekunden für die Nachtstunden vorgegeben.

Es wird eine Verringerung dieser Ausrückzeit auf max. 90 Sekunden angestrebt.

Es wird eine umfassende Renovierung fast aller Wachstandorte erforderlich werden, da ein Investitionsstau aus den letzten Jahren der Qualität der vorhandenen Bau-Substanz geschadet hat. Außerdem sind die vorhandenen Raumprogramme durch Erweiterungsmaßnahmen dem tatsächlichen Personalbestand anzupassen.

Die Situation des ärztlichen Rettungsdienstpersonals zwingt zu einer anderen Organisationsform in der Personalarbeitstellung.

Der erforderliche zusätzliche Notarztstandort ist dem Umstand geschuldet, dass die bisherige Organisationsform der Notarztstellung, insbesondere die des sog. 2. Notarztes je Standort, nicht mehr von den Krankenhäusern gewährleistet werden kann und der neue Standort diese Vakanz kompensieren muss.

Die Unterbringung der Notärzte ist an vier Standorten so zu verändern, dass sie den Vorgaben einer schnellen Ausrückzeit entsprechen werden.

Personalbestand und Ausstattungsgrad sind auf dem aktuellen Stand.

Im Bereich des qualifizierten Krankentransportes wird eine Bedienzeit von maximal 30 Minuten angestrebt – und das auch über die reguläre Tagesschicht des Krankentransportes hinaus.

Hier wird eine zeitlich abgestufte Vorhaltung der Krankentransportwagen die Disposition der Rettungsmittel optimieren und zukünftig eine längere Tagesverfügbarkeit gewährleisten:

Die Auslastung der Rettungsmittel zum einen wird verbessert und die Vorhaltung eines Früh- bzw. eines Spät-KTW zum anderen decken dann eine umfassendere Zeitspanne ab (z.B. von 07.00 Uhr bis 18.00 Uhr).

Personalbestand und Ausstattungsgrad entsprechen den Vorgaben.

In der Verwaltung wird die Technik auf die Veränderungen nach § 302 SGB V anzupassen sein. Die Dokumentation der Transportberichte wird erneuert und vor dem Hintergrund der Einführung der neuen Patientenkarte wird eine notwendige Anpassung der dafür erforderlichen Technik vorgenommen werden.

Der Personalbestand und der sonstige Ausstattungsgrad entspricht dem Soll.

3. Investitionsplanungen

Kreisleitstelle

Neuanschaffungen in allen Bereichen erfolgen zeitnah und werden konsequent und kontinuierlich vorgenommen. Zurzeit sind keine gravierenden Investitionen erforderlich

Notfallrettung (ohne Notarzt)

A: Baumaßnahmen für Wachenstandorte:

- Neubau einer zusätzlichen Rettungswache in Reichshof für ein Rettungsmittel (RTW) mit allen erforderlichen Räumen nach DIN
 - Umsetzung in Kürze geplant
- Erweiterung der Rettungswache Wipperfürth um die fehlenden Ruhe- und Sozialräume, Lagermöglichkeiten, Büroflächen, Desinfektionsraum sowie einer kompletten Renovierung der maroden Bausubstanz
 - Umsetzung in Kürze geplant
- Neubau der Rettungswache Marienheide als Ersatz für das zurzeit provisorisch genutzte Gebäude des Ortsverbandes Marienheide des DRK Oberberg. Größenordnung: drei Rettungsmittel (ein RTW, ein KTW, ein NEF) mit allen erforderlichen Räumen nach DIN
 - Umsetzung in Kürze geplant
- Erweiterung der Rettungswache Gummersbach um die fehlenden Ruhe- und Sozialräume
 - Umsetzung in Kürze geplant
- Verlagerung der Rettungswache Eisenroth in den Bereich von Nümbrecht für ein Rettungsmittel (ein RTW)
 - Umsetzung in Kürze geplant
- Neubau einer zusätzlichen Rettungswache in Bielstein für ein Rettungsmittel (ein RTW) mit allen erforderlichen Räumen nach DIN
 - Umsetzung in Kürze geplant
- Erweiterung der Rettungswache Engelskirchen um das Raumprogramm einer NEF-Besatzung
 - Umsetzung in Kürze geplant

B: Kleinere Investitionsmaßnahmen für Wachenstandorte

- Einbau von automatischen Garagentoren für die Rettungswache Bergneustadt (Sofortmaßnahme)
- Verlagerung der Rettungswache Lindlar innerhalb des Krankenhauses Lindlar (Sofortmaßnahme wegen Eigenbedarf der Vermieters)
- Einbau von automatischen Garagentoren für die Rettungswache Lindlar (Sofortmaßnahme)

C: Erneuerung der Rettungsmittel

Nach der berechneten Laufzeit von fünf Jahren erfolgt turnusgemäß Eine Ersatzbeschaffung für die auszusondernden Rettungsmittel.

Notärztliche Versorgung**A: Unterkünfte**

Alle Unterkünfte müssen näher an die bestehenden Rettungswachenstandorte verlagert werden.

B: Sonstige kleinere Investitionen

Die Ausstattung der Sozialräume aller Standorte ist zu verbessern und zu vervollständigen

C: Erneuerung der Rettungsmittel

Die Notarzteinsatzfahrzeuge werden im Schnitt nach vier bis fünf Jahren ersatzbeschafft. Das bisherige Wiederbeschaffungsintervall von sieben Jahre ist nicht mehr realistisch.

Krankentransport

Die eingesetzten Krankentransportwagen werden regelmäßig ersatzbeschafft.

Zurzeit steht keine aktuelle Beschaffung an.

Verwaltung

Zurzeit wird die Technik zur Dokumentation der Transportberichte installiert.

Die genutzte Software ist anzupassen für die Nutzung nach § 302 SGB V und der neuen Patientenkarte.

Umsetzung der Maßnahme: Beginn 2009

Allgemein**A: Funktechnik**

Der Gesamte Kommunikationsbereich im Rettungsdienst ist auf die neue Digitalfunk-Technik umzustellen.

Zurzeit wird für die Kreisleitstelle die Basis für diese Technik beschafft, auf der die eigentliche Digitalfunktechnik aufzusetzen ist.

In einem zweiten Schritt werden alle Rettungsmittel mit digitalen Funkgeräten ausgestattet werden.

Die Umstellung auf eine digitale Alarmierung wird zu einem späteren Zeitraum (ca. 2013) angestrebt.