



# Bedarfsplan 2025 für den Rettungsdienst- bereich Kreis Gütersloh

Herausgeber: Kreis Gütersloh  
Der Landrat  
Abteilung Bevölkerungsschutz

Stand: Juni 2025

Beschlossen durch den  
Kreistag des Kreises Gütersloh  
am 30.06.2025.

Erstellt mit Unterstützung durch  
Fa. ORGAKOM Analyse + Beratung GmbH, Waldbronn

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Allgemeines .....</b>	<b>4</b>
1.1	Gesetzliche Grundlagen .....	4
1.2	Ortsbeschreibung .....	6
1.3	Klimaschutz .....	10
1.4	Übersicht Rettungswacheneinsatzbereiche.....	11
<b>2</b>	<b>Bevölkerungsschutzzentrum.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>Kreisleitstelle .....</b>	<b>13</b>
3.1	Aufgaben nach RettG NRW.....	13
3.2	Kostenabgrenzung durch Leitstellenschlüssel .....	14
3.3	Organisation und Personal .....	14
<b>4</b>	<b>Operativer Rettungsdienst.....</b>	<b>17</b>
4.1	Notfallrettung.....	17
4.1.1	Planungsgröße .....	17
4.1.2	Einsatzbereiche .....	18
4.1.2.1	Zuschnitt der Einsatzbereiche.....	18
4.1.2.2	Veränderte Rettungswachenstandorte.....	19
4.1.3	Rettungswagen (RTW) .....	19
4.1.4	Personal .....	20
4.2	Notärztliche Versorgung .....	21
4.2.1	Notarzteinsatzbereiche .....	21
4.2.2	Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) .....	22
4.2.3	Luftgestützter NA-Dienst .....	23
4.2.4	Telenotarztsystem .....	23
4.2.5	Personal .....	23
4.3	Krankentransport .....	23
4.3.1	Standorte.....	24
4.3.2	Krankentransportwagen (KTW) .....	25
4.3.3	Personal .....	25
4.4	Reservefahrzeuge .....	25
4.5	Rettungsmittelvorhaltung für den Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh.....	26
<b>5.</b>	<b>Besondere Versorgungslagen.....</b>	<b>28</b>
5.2	Notfallsystem für den Massenansturm von Verletzten (Notfallsystem MANV) .....	28
5.2	Leitender Notarzt (LNA).....	28
5.3	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL).....	29
5.4	Besondere Rettungsmittel .....	29
5.5	Einbindung der Hilfsorganisationen .....	30

<b>6</b>	<b>Qualitätssicherung und Aufsicht.....</b>	<b>31</b>
6.1	Ärztliche Leitung Rettungsdienst.....	31
6.2	Einsatzdokumentation.....	32
<b>7</b>	<b>Verwaltung und Logistik.....</b>	<b>33</b>
7.1	Verwaltung.....	33
7.2	Logistik.....	33
<b>8</b>	<b>Inkrafttreten.....</b>	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>Anlagen.....</b>	<b>34</b>

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.*

## Abkürzungsverzeichnis

ÄLRD	Ärztliche Leitung Rettungsdienst
BAB	Bundesautobahn
BHKG	Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EB	Einsatzbereich
IG NRW	Informationssystem Gefahrenabwehr Nordrhein-Westfalen
ITW	Intensivtransportwagen
KHGG	Krankenhausgestaltungsgesetz
KTP	Krankentransport
KTW	Krankentransportwagen
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LNA	Leitender Notarzt
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW
MANV	Massenanfall von Verletzten
MediRIG	Medizinische Ressourcen in IG NRW
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW
MHD	Malteser Hilfsdienst
MPGD	Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetz
NA	Notarzt
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NotSanG	Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters
OrgL	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
OWL	Ostwestfalen-Lippe
RettG NRW	Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmen
RM	Rettungsmittel
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
RW	Rettungswache
StiWL	Studieninstitut für kommunale Verwaltung Westfalen-Lippe
VB	Versorgungsbereich
VZÄ	Vollzeitäquivalent
Westf.	Westfalen
z. B.	zum Beispiel

# 1 Allgemeines

## 1.1 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, zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 01.01.2016, 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**.

Für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker bestellt der Träger des Rettungsdienstes gemäß § 7 Abs. 4 RettG NRW Leitende Notärzte und regelt deren Einsatz. Er trifft ferner ausreichende Vorbereitungen für den Einsatz zusätzlicher Rettungsmittel und des notwendigen Personals.

Die Träger des Rettungsdienstes arbeiten zur Aufnahme von Notfallpatienten gemäß § 11 RettG NRW mit den Krankenhäusern zusammen.

Die große kreisangehörige Stadt Gütersloh ist gemäß § 6 Abs. 2 RettG NRW Träger einer Rettungswache. Die Mittleren kreisangehörigen Städte Harsewinkel, Rheda-Wiedenbrück, Rietberg, Schloß Holte-Stukenbrock und Verl machen von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch.

## § 12 – Bedarfsplan

Gemäß § 12 Abs. 1 RettG NRW stellen die Kreise und kreisfreien Städte Bedarfspläne auf. Nach Abs. 1 Satz 2 sind in den Bedarfsplänen insbesondere Zahl und Standorte der Rettungswachen, weitere Qualitätsanforderungen sowie die Zahl der erforderlichen Krankenkraftwagen und Notarzteinsatzfahrzeuge festzulegen.

Der Entwurf des Bedarfsplanes ist gemäß Abs. 2 mit den vollständigen Anlagen den Trägern der Rettungswachen, den anerkannten Hilfsorganisationen, den sonstigen Anbietern von rettungsdienstlichen Leistungen, den Verbänden der Krankenkassen und dem Landesverband (West) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der örtlichen Gesundheitskonferenz zur Stellungnahme zuzuleiten.

Der Bedarfsplan ist im **Einvernehmen mit der Stadt Gütersloh** als Trägerin einer Rettungswache aufzustellen. Hierbei ist bezüglich des Inhalts des Bedarfsplanes Einvernehmen zu erzielen. Sollte keine Einigung erzielt werden, trifft die Bezirksregierung die notwendigen Festlegungen.

Bezüglich der **Beteiligung der Krankenkassen** und des Landesverbandes (West) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung gilt nach § 12 Abs. 4 RettG NRW, dass dann, wenn deren Vorschlägen nicht gefolgt werden soll, mit diesen Verbänden eine Erörterung vorzunehmen ist. Soweit in den Bedarfsplänen kostenbildende Qualitätsmerkmale enthalten sind, ist Einvernehmen anzustreben. Kommt keine Einigung zustande, trifft auch hier die Bezirksregierung die notwendigen Festlegungen.

## Kosten

Die Träger rettungsdienstlicher Aufgaben haben gemäß § 14 RettG NRW die Kosten für die ihnen nach dem RettG obliegenden Aufgaben zu tragen. Die Kosten werden refinanziert über die jeweiligen separaten Gebührenhaushalte.

## Medizinische Versorgung

Gemäß § 11 Abs. 1 RettG NRW arbeiten die Träger des Rettungsdienstes zur Aufnahme von Notfallpatienten mit den Krankenhäusern zusammen. Sie legen im Einvernehmen mit den Krankenhäusern **Notfallaufnahmebereiche** fest. Für den Kreis Gütersloh wurde eine Festlegung getroffen (*siehe Anlage 3 –Notfallaufnahmebereiche*).

Nach § 8 Abs. 1 Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG NRW) sind die Krankenhäuser entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur **Zusammenarbeit** untereinander und neben der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen auch zur Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst verpflichtet.

Der Rettungsdienst ist für die sachgerechte Betreuung und Versorgung bis zur Übergabe des Patienten im Krankenhaus zuständig. Mit der Übernahme des Patienten ist gemäß § 2 Abs. 1 KHGG NRW jedes Krankenhaus für die weitere Versorgung verantwortlich und verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. **Notfallpatienten haben Vorrang.**

Das Informationssystem Gefahrenabwehr Nordrhein-Westfalen (IG NRW) ist ein Programm zur Unterstützung der Feuerwehren, des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes in Nordrhein-Westfalen. Das für die Krankenhäuser, Ärztliche Leitungen Rettungsdienst und Leitstellen darin implementierte Modul Medizinische Ressourcen in IG NRW (MediRIG NRW) stellt die allgemeinen und medizinischen Grunddaten für die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und die Leitstellen bereit und liefert eine Übersicht über die freien Behandlungskapazitäten entsprechend den Vorgaben aus dem RettG NRW und dem KHGG NRW.

Per Ministerialerlass sind die Krankenhäuser und die Leitstellen in NRW verpflichtet, MediRIG NRW zu nutzen. Auf diesem Wege wird § 8 Absatz 3 RettG NRW erfüllt, nach dem die Leitstelle einen Nachweis über freie Behandlungskapazitäten zu führen hat, und der Träger des Rettungsdienstes mit den Krankenhäusern Form, Inhalt und Verfahren der dafür notwendigen Meldungen vereinbart.

## 1.2 Ortsbeschreibung

Der Kreis Gütersloh als Teil von Ostwestfalen-Lippe zählt mit seinen 13 Städten und Gemeinden zu den etablierten Standorten für Industrie, Handel, Gewerbe und Dienstleistungen in Nordrhein-Westfalen.

<b>1</b>	<b>Größe/Ausdehnung</b>	Kreis Gütersloh
<b>1.1</b>	<b>Fläche</b>	969,21 km <sup>2</sup>
<b>1.2</b>	<b>geographische Lage</b>	8° 20' östliche Länge/51° 55' nördlicher Breite
<b>1.3</b>	<b>max. Ausdehnung</b>	Ost-West (Luftlinie) 49 km Nord-Süd (Luftlinie) 47 km
<b>1.4</b>	<b>Topographie</b>	höchste Erhebung Hengeberg 316 m über NN/Teutoburger Wald
		tiefster Punkt Emstal 56 m über NN/westlich Harsewinkel
	<b>Besonderheiten</b>	Haupthöhenzug Teutoburger Wald Hauptgewässer Ems mit Emsquellen  Das Kreisgebiet ist, abgesehen von dem von Südost nach Nordwest verlaufenden Teutoburger Wald durchweg eben. Die Straßendurchlässe durch den Teutoburger Wald nach Borgholzhausen und Werther (Westf.) sind gut ausgebaut und rettungsdienstlich gut zu erreichen.
<b>1.5</b>	<b>Kreisgrenzen (siehe Karte)</b>	Länge der Kreisgrenze 221 km
<b>1.6</b>	<b>Nachbarkreise/-städte</b>	Kreisfreie Stadt Bielefeld (Regierungsbezirk Detmold) Kreis Herford (Regierungsbezirk Detmold) Kreis Lippe (Regierungsbezirk Detmold) Kreis Paderborn (Regierungsbezirk Detmold) Kreis Soest (Regierungsbezirk Arnsberg) Kreis Warendorf (Regierungsbezirk Münster) Landkreis Osnabrück (Land Niedersachsen)

<b>2</b>	<b>Einwohner</b>	Kreis Gütersloh (Stand 01.01.2024)	
<b>2.1</b>	<b>Einwohnerzahl</b>	insgesamt	381.100

<b>2.2</b>	<b>Bevölkerungs- zahlen</b>	<b>Stadt/Gemeinde</b>	<b>Einwohner- zahl</b>	<b>Fläche km<sup>2</sup></b>	<b>Einwohner je km<sup>2</sup></b>
		Borgholzhausen	9.393	55,99	168
		Gütersloh	105.168	112,02	939
		Halle (Westf.)	22.295	69,70	320
		Harsewinkel	26.932	100,59	268
		Herzebrock-Clarholz	17.004	79,28	214
		Langenberg	8.831	38,31	231
		Rheda-Wiedenbrück	50.895	86,72	587
		Rietberg	32.008	110,31	290
		Schloß Holte- Stukenbrock	27.275	67,52	404
		Steinhagen	20.883	56,41	370
		Verl	26.411	71,37	370
		Versmold	22.548	85,57	263
		Werther/Westf.	11.457	35,42	323
		<b>Kreis Gütersloh</b>	<b>381.100</b>	<b>969,21</b>	<b>393</b>

<b>3</b>	<b>Verkehrswesen</b>		
3.1	Bahnanlagen DB Fernverkehr, DB Regio, NordWestBahn, Eurobahn	a) Hamm – Rheda-Wiedenbrück – Gütersloh – Bielefeld – Hannover b) Münster – Warendorf – Rheda-Wiedenbrück – Gütersloh - Bielefeld c) Bielefeld – Halle (Westf.) – Osnabrück d) Bielefeld – Schloß Holte-Stukenbrock – Paderborn	
3.2	Fernstraßen Bundesautobahn A 2  Bundesautobahn A 33  Bundesstraße 55 Bundesstraße 61 Bundesstraße 64 Bundesstraße 476 Bundesstraße 513	Ruhrgebiet – Rheda-Wiedenbrück – Gütersloh – Hannover 74.000 Fahrzeugbewegungen in beiden Richtungen pro Tag (DTV-Wert)  Osnabrück – Borgholzhausen sowie Bielefeld, Ostwestfalendamm A 2 – Schloß Holte-Stukenbrock – Paderborn – A 44 38.000 Fahrzeugbewegungen in beiden Richtungen pro Tag (DTV-Wert)  Rheda-Wiedenbrück – Lippstadt – Meschede Hamm – Rheda-Wiedenbrück – Gütersloh – Bielefeld Telgte – Rheda-Wiedenbrück – Rietberg – Paderborn Sassenberg – Versmold – Borgholzhausen Sassenberg – Harsewinkel – Gütersloh  <u>Besonderheiten:</u> Der Kreis Gütersloh verfügt insgesamt über ein engmaschiges gut ausgebautes Straßennetz mit den Hauptverkehrsadern wie BAB 2, BAB 33 und den B 55, B 61 und B 64.	
3.3	Länge der klassifizierten Straßen	Bundesautobahnen Bundesstraßen Landesstraßen Kreisstraßen	84 km 99 km 331 km 335 km

<b>4</b>	<b>Infrastruktur/ Wirtschaft</b>	(Stand: 30.09.2022)		
4.1	Industrie	Betriebe mit mehr als 20 Beschäftigten		384
		Beschäftigte gesamt		70.014
	Industrielle Betriebs- zweige darunter	Maschinenbau		11.406
		Metallerzeugung und –bearbeitung		k.A.
		Herstellung von Metallerzeugnissen		6.745
		Ernährung, Fleischverarbeitung		16.477
		Möbel, Musikinstrumente und Recycling		7.113
		Gummi- und Kunststoffwaren		3.836
		Papier- und Druck		2.779
		Holzverarbeitung		2.954
		Büromaschinen, Elektro und Optik		975
		Textil, Bekleidung		k.A.
		Fahrzeugbau		k.A.
	Handwerk	Zahl der Betriebe (12/2023)		4.277
		Beschäftigte		43.900
	Land- und Forstwirt- schaft	Zahl der Betriebe (2020)		1.372
	Erwerbspersonen (Erwerbsquote 41%)	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte (12/2021)		188.144
		davon männlich		113.284 = 60,21%
		davon weiblich		74.860 = 39,79%
4.2	Sport	Sportvereine		351
		Mitglieder in Sportvereinen		110.975
4.3	Soziales	Einrichtungen (31.12.2023)	Anzahl	Plätze
		Stationäre Pflegeeinrichtungen	34	2.673
		Tagespflegeeinrichtungen	50	764
		Ambulante Pflegewohngruppen / Hausge- meinschaften	75	1.108
		Ambulante Pflegedienste (Standorte)	76	
		Besondere Wohnformen für Menschen mit Be- hinderungen	42	668
		Werkstätten für Menschen mit Behinderungen	11	1.560
		Kindertageseinrichtungen (ohne die Städte Gütersloh, Rheda-Wiedenbrück und Verl)	121	7.880
		Jugendfreizeiteinrichtungen (ohne die Städte Gütersloh, Rheda-Wiedenbrück und Verl)	48	
		Erziehungsberatungsstellen	4	
		Kreisfamilienzentren (ohne die Städte Güters- loh, Rheda-Wiedenbrück, und Verl)	10	

<b>5</b>	<b>Gesundheit</b>		
5.1	Krankenhäuser und Ärztliche Versorgung	(Stand 23.01.2025)	
	Allgemeine Krankenhäuser	Klinikum Gütersloh St.-Elisabeth-Hospital Gütersloh mit St.-Lucia Hospital Harsewinkel Klinikum Halle St. Vinzenz Hospital Wiedenbrück	Bettenzahl 410 411 176 147
	Spezialkrankenhaus	LWL-Klinikum, Gütersloh Bernhard-Salzman-Klinik	333 100
	Ärztliche Versorgung	Freipraktizierende Ärzte Zahnärzte Apotheken	Anzahl 464 147 72
5.2	Ärztlicher Notdienst	(Stand 23.01.2025)	
	Notfalldienstpraxis	Notfallpraxis am Klinikum Gütersloh	
	Bereitschaftszeiten	Mo, Di, Do 19-22 Uhr, Mi und Fr 15-22 Uhr, Sa und So 9-22 Uhr	
	Dispositionsstelle	einheitliche Rufnummer 116 117	

Quellen: Zahlen-Daten-Fakten Kreis Gütersloh 2024, Internetseite der KVWL, Internetseite der Bundesanstalt für Straßenwesen (bast.de)

### 1.3 Klimaschutz

Jegliches Handeln, das zur Emission von Treibhausgasen beiträgt, wirkt sich negativ auf die Gesundheit der Bevölkerung aus – auch im Kreis Gütersloh. Im Einklang mit dem gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, berücksichtigt der Kreis Gütersloh als Träger des Rettungsdienstes Klimaschutzaspekte, sofern dies mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 2 a RettG NRW vereinbar ist. Bestehende Entscheidungsspielräume sollen, wo möglich, zugunsten des Klimaschutzes genutzt werden.

# 1.4 Übersicht Rettungswacheneinsatzbereiche



## 2 Bevölkerungsschutzzentrum

Der Kreis Gütersloh beabsichtigt die Errichtung und Nutzung eines Bevölkerungsschutzzentrums in Verl, Ortsteil Sürenheide, Thaddäusstraße, in Form eines reinen Zweck- bzw. Funktionsbaus. Das zu bebauende Grundstück liegt zwischen den Städten Gütersloh und Verl und damit an zentraler Stelle im Kreis Gütersloh. Eine sehr gute Anbindung an das Straßennetz ist gegeben. Es sollen dort künftig Flächen und Räume für den Brand- und den Katastrophenschutz, für die Tierseuchenbekämpfung, die Kreisleitstelle und auch für den Rettungsdienst zentral vorgehalten werden.

Folgende Bereiche des Kreisrettungsdienstes sollen in dem geplanten Bevölkerungsschutzzentrum zentralisiert werden:

- Zentral- und Pandemielager für Verbrauchsmaterialien, Medizinprodukte und persönliche Schutzausrüstung/Kleiderkammer
- Hygieneeinheit für die Aufbereitung der Einsatzfahrzeuge und der Medizinprodukte
- Zentrale Vorhaltung der Reserverettungsmittel
- Schulungszentrum für den Rettungsdienst
- Büroarbeitsplätze insbesondere für die Ärztliche Leitung und den operativen Rettungsdienst
- Verlagerung von zwei Krankentransportwagen vom bisherigen Standort Halle (Westf.) in das Bevölkerungsschutzzentrum
- Kreisleitstelle

Die Kreisleitstelle wird kostenmäßig entsprechend des jeweiligen Verteilungsschlüssels Leitstelle dem Rettungsdienst zugeordnet, die weiteren v.g. Komponenten werden kostenmäßig mit einer Gesamtfläche von insgesamt 1.050 m<sup>2</sup> dem Rettungsdienst zugeordnet und somit insoweit von den Kostenträgern als refinanzierbar im Rahmen des Gebührenhaushaltes Rettungsdienst anerkannt.

### **3 Kreisleitstelle**

Gemäß § 7 Abs. 1 RettG NRW errichtet und unterhält der Träger des Rettungsdienstes eine Leitstelle, die mit der Leitstelle für den Feuerschutz nach § 28 Absatz 1 des Gesetzes über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz (BHKG) zusammenzufassen ist (einheitliche Leitstelle). Sämtliche Einsätze nach dem RettG NRW sind kreisweit über die Kreisleitstelle zu disponieren.

#### **3.1 Aufgaben nach RettG NRW**

Neben Aufgaben aus dem BHKG lenkt die Leitstelle gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 RettG NRW die Einsätze des Rettungsdienstes. Sie arbeitet mit den Nachbarleitstellen, den Krankenhäusern, der Polizei, den Feuerwehren sowie den Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften für den ärztlichen Notfalldienst und des Katastrophenschutzes zusammen.

Die Leitstellen sind auf Anforderung zur nachbarschaftlichen Hilfe durch die ihnen zugeordneten Einrichtungen des Rettungsdienstes verpflichtet, sofern dadurch die Wahrnehmung der eigenen Aufgaben nicht wesentlich beeinträchtigt wird (§ 8 Abs. 2 RettG). Zudem hat die Leitstelle gemäß § 8 Abs. 3 RettG NRW einen Nachweis über freie Behandlungskapazitäten zu führen. Der Träger des Rettungsdienstes vereinbart mit den Krankenhäusern Form, Inhalt und Verfahren der dafür notwendigen Meldungen.

Die Kreisleitstelle Gütersloh nimmt die vorgenannten gesetzlichen Aufgaben wahr. Sie alarmiert, koordiniert und lenkt die Einsatzkräfte und unterstützt die Einsatzleitung.

Zu den einzelnen Aufgaben gehören unter anderem:

- Annahme und Bearbeitung von Hilfeersuchen über die Notrufleitungen 112 und sämtliche weitere Anrufmöglichkeiten
- Umsetzung der georeferenzierten Alarmierung
- Disponierung von Krankentransporten und Intensivtransporten
- Anrufbegleitung im Notrufdialog inklusive Hilfestellungen bis hin zur Anleitung von Wiederbelebungsmaßnahmen
- Stetige Überwachung der Gesamteinsatzlage, ableiten und umsetzen von entsprechenden Maßnahmen (z. B. strategisches Verschieben von Einsatzmitteln, Alarmierung ergänzender Einsatzkräfte)
- Lagedarstellung, interne und externe Information, Umfassende Dokumentationstätigkeiten
- Vorbereitende Maßnahmen (z. B. Bettenachweis, Krankenhausressourcen-Nachweis, Pflege von Straßensperrungen)
- Besondere Einsatzbearbeitung und Vorplanung von Großveranstaltungen
- Qualitätsmanagement und Controlling

### **3.2 Kostenabgrenzung durch Leitstellenschlüssel**

Die Kreisleitstelle erfüllt neben der rettungsdienstlichen Aufgabe auch Aufgaben des Brand- und Katastrophenschutzes. Von den Gesamtkosten der Leitstelle entfallen 65 % auf den Rettungsdienst.

### **3.3 Organisation und Personal**

In der Kreisleitstelle werden zur Besetzung der Einsatzleitplätze feuerwehrtechnische Beamte eingesetzt, die den Vorgaben des § 28 Abs. 3 BHKG NRW entsprechend, über einen Gruppenführerlehrgang (B III/GF ha), und eine ergänzende Ausbildung für Leitstellendisponenten verfügen. Zudem werden gemäß Runderlass vom 21.07.2021 (Qualifikation von Leitstellenpersonal), zuletzt angepasst am 31.10.2024, auch Beamte in der Laufbahn besonderer Fachrichtung des technischen und/oder nichttechnischen Dienstes eingesetzt. Selbige verfügen über eine feuerwehrtechnische Basis- und Führungsausbildung, per Erlass geforderter Seminare („Anlagentechnik 1“ und „Zusammenwirken mit dem Rettungsdienst in technischen Hilfeleistungseinsätzen“), sowie ebenfalls einer ergänzenden Ausbildung für Leitstellendisponenten.

Gemäß gültigem Erlass des MAGS vom 19.12.2019 (Qualifikation für mit der Lenkung rettungsdienstlicher Einsätze beauftragte Personen in der Leitstelle in Nordrhein-Westfalen) verfügen alle Mitarbeiter des operativen Dienstes zudem über die Qualifikation zum Leitstellenсанitäter, Rettungsassistent oder Notfallsanitäters.

Um sicherzustellen, dass auch bei Großeinsatzlagen und Notrufüberläufen sofort genügend qualifiziertes Leitstellenpersonal zur Verfügung steht, sind täglich die erforderlichen Mitarbeiter des operativen Dienstes im 24-Stundendienst tätig. Die Dienstzeit setzt sich aus Arbeits- und Bereitschaftszeit zusammen. Während ein Teil der Disponenten ihren Dienst in der Leitstelle verrichten, befinden sich die übrigen Mitarbeiter in Bereitschaft innerhalb des Gebäudes und stehen damit im Bedarfsfall unverzüglich zur Verfügung.

Neben der Notrufabfrage und Einsatzbearbeitung sind für den Dienstbetrieb der Kreisleitstelle insbesondere weitere Funktionen vorzuhalten: Leitstellenleitung, Aus- und Fortbildung aller Mitarbeiter, zentrale Dienstplanung, Systembetreuung und Administration der Leitstellentechnik, Datenpflege, taktisch-technische Betriebsstelle sowie Vorhaltende Stelle im Bereich Digitalfunk.

Die Mitarbeiter des Bereichs IT-Technik verfügen über fachspezifische Aus- und Weiterbildungen um die grundlegende Administration und Fehlerbehebung aller Anwendungen und der vorhandenen Hard- und Software in der Kreisleitstelle sicherzustellen. Die Mitarbeiter stellen zudem eine 24/7 Rufbereitschaft für die Technik sicher. Zudem verfügen die Mitarbeiter des Bereichs IT-Technik über die notwendigen Qualifikationen, um im Tagesgeschäft sowie bei Großeinsatz- oder Sonderlagen ebenfalls in der Notrufabfrage unterstützen zu können.

Die Leitungsebene der Leitstelle setzt sich aus den Stufen 2-4 gemäß Ergebnis der AG zur Validierung und Überarbeitung der Leitstellenausbildung im Land NRW (Teamleiter, Lagedienstführung, Leitung) zusammen. Ab der Ebene Lagedienstführung verfügen die Mitarbeiter mind. über eine Verbandsführerqualifikation zur Überwachung der Gesamteinsatzlage sowie

zur Steuerung der Abläufe. Bei besonderem Bedarf (z. B. Sonderlagen; auch vorgeplante) wird eine Rufbereitschaft umgesetzt um sicherzustellen, dass eine 2. Leitungskraft 24/7 zur Verfügung steht.

Es werden entsprechende Maßnahmen getroffen, sodass „dienstfreie Kräfte“ bei Bedarf in größerem Umfang alarmiert werden können. Bei vorplanbaren Unterstützungen außerhalb der normalen Dienstzeiten werden einzelne Mitarbeiter vorab in Rufbereitschaft versetzt.

Das Personal einer Integrierten Leitstelle muss sowohl an regelmäßigen Leitstellen- als auch an rettungsdienstbezogenen Fortbildungen teilnehmen. Ein kostenmäßiger Ausgleich wird über den Leitstellenschlüssel herbeigeführt (siehe 3.2).

Neben der regelhaften Laufbahnausbildung und den gesetzlich vorgegebenen Rettungsdienstaus- und Fortbildungen werden unter anderem funktionsbezogen folgende Seminare/Qualifikationen notwendig: Führung in der Leitstelle, Ausbilder in der Feuerwehr, Ausbilder Sprechfunk, Gruppenführer/Modul Führen im ABC Einsatz, Digitalfunk Basis, Stabsarbeit Leiter Sachgebiet, Digitalfunk Aufbau, Kommunikationsplanung Digitalfunk, Leitstellenführungskräfte, Leitstellendisponenten, Organisatorische Leiter Rettungsdienst.

### **3.3.1 Redundanzplanung**

Neben der personellen Planung für Sonderlagen besteht gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 BHKG ebenso die Verpflichtung, die Aufgabenwahrnehmung der Leitstelle auch bei Ausfall sicherzustellen. Um diesem Sicherstellungsauftrag nachzukommen trifft der Kreis Gütersloh verschiedene Maßnahmen, Vorkehrungen und Absprachen mit dem Ziel einer umfassenden Vernetzung.

### **3.3.2 Qualitätssicherung im Notrufdialog**

Aktuell nutzt die Kreisleitstelle die strukturierte Notrufabfrage. Die aktuellen Anforderungen, besonders mit Blick auf die Qualitätssicherung, aber auch der fortlaufenden Vernetzung, machen einen Wechsel in eine standardisierte Notrufabfrage unabdingbar. Um langfristig Messbarkeit, Skalierbarkeit und rechtssicheres Arbeiten sicherstellen zu können, soll spätestens mit Bezug der Leitstelle im Bevölkerungsschutzzentrum, der Wechsel in eine standardisierte Notrufabfrage erfolgen.

### **3.3.3 Personalvorhaltung**

Um dem gesetzlichen Auftrag aus dem RettG NRW nachzukommen, muss die Leitstelle ständig mit Personal besetzt und erreichbar sein (§ 8 Abs. 1 Satz 2 RettG NRW).

Angaben zur Personalbemessung siehe *Anlage 1*.

### 3.4 Gebäude und Technik

Seit dem 01.01.2020 nutzt die Kreisleitstelle die Räumlichkeiten der Stadt Gütersloh, innerhalb der Feuer- und Rettungswache, welche bereits ausgeschöpft sind und keine weiteren Ausbaumöglichkeiten mehr bieten. Nach Fertigstellung des Bevölkerungsschutzzentrum des Kreises Gütersloh soll ein Umzug der Leitstelle in die neu fertiggestellten Räume erfolgen. Als Ausbaureserve stehen dort 600 m<sup>2</sup> zur Verfügung.

Technische Grundlagen sind unter anderem:

- 2 redundante Serverräume/maximale Autarkie/zentrales Monitoring
- Redundanzanbindung
- Ausfallsicherung (unterbrechungsfreie Stromversorgung durch Notstromgenerator und externe Einspeisung, Starlink/Sat-Link, 8 festverbaute Funkgeräte als Rückfallebene, Sat-/Sip-/App Telefonie als Rückfallkommunikation)
- Einsatzleitsystem (derzeit Cobra 4 der Fa. ISE) inkl. diverser Schnittstellen, Statistik- und Auswertesoftware;
  - Mit dem Bezug des Neubaus der Kreisleitstelle im neuen Bevölkerungsschutzzentrum sollen folgende Plätze in Betrieb gehen:
    - 10 vollwertige Einsatzleitplätze; für weitere bis zu fünf Einsatzleitplätze erfolgt die Vorbereitung der technischen Anbindung um bei späterem Bedarf eine Ausbaureserve zu erhalten
    - 6 Ausnahmeabfrageplätze
  - Strukturierte Notrufabfrage; Standardisierte Abfrage spätestens ab Bezug des Neubaus
  - Ausstattung zur Simulation in der Ausbildung und Einarbeitung
- Leitstellenkopplung (Flottenserver ISE)
- Umfassende Kommunikationsanbindungen und -systeme (höchstverfügbare Telefon- und Internetanbindung, Nora-App, E-Call, verschiedene Ortungsmöglichkeiten)
- Kurz- und Langzeitdokumentationssysteme
- Anbindung an das Digitalfunknetz NRW über zwei medienredundante Wege
- Digitales Alarmierungssystem inkl. Rückfallebene und Auswertemöglichkeit
- Medienwand im Leitstellenbetriebsraum zur Lagedarstellung mit zentraler Steuerungstechnik, inkl. Ansteuerung abgesetzter Monitore
- MOWAS Rechner
- Wachalarmsystem (Anbindung der Rettungswachen)
- Moderne Gebäudeleittechnik

## 4 Operativer Rettungsdienst

Der operative Rettungsdienst unterteilt sich in die Notfallrettung, die notärztliche Versorgung und den Krankentransport.

### 4.1 Notfallrettung

Gemäß § 6 Abs. 1 RettG NRW wird die notfallmedizinische Versorgung durch den Kreis Gütersloh als Träger des Rettungsdienstes und der Stadt Gütersloh als Trägerin einer Rettungswache gewährleistet. Die den Rettungswacheneinsatzbereichen zugeordneten Rettungswachen halten die notwendigen Rettungsmittel sowie das erforderliche Einsatzpersonal bereit und führen die Einsätze durch.

Die bodengebundene notärztliche Versorgung findet im Rendezvous-System statt. Neben RTW und NEF kommt ggf. unterstützend ein Rettungshubschrauber (RTH) zum Einsatz.

#### 4.1.1 Planungsgröße

##### Hilfsfrist

Die Hilfsfrist ist ein wichtiger Parameter für die Bedarfsplanung der Notfallrettung. Durch Erlass des MAGS vom 28.11.2017 und 21.11.2022, unter Einbindung der Empfehlungen des Landesfachbeirates (2009), wird die planerische Hilfsfrist wie folgt definiert:

*Die planerische Hilfsfrist wird vom Zeitpunkt des Anfangs der Disposition des Leitstellenpersonals an berechnet; beginnend spätestens mit Beendigung der Standardabfrage, bzw. - sofern früher - mit der Eröffnung des Einsatzes im Leitstellenrechner (Einsatzöffnung).*

Die Kreise Warendorf und Gütersloh versorgen im Bereich Clarholz-Beelen einen gemeinsamen Rettungsdienstbereich und haben daher einheitlich den Zeitstempel für den Beginn der Hilfsfrist im Rahmen des o.g. Zeitfensters festgesetzt.

Der Landesfachbeirat für den Rettungsdienst gibt unter anderem Empfehlungen zur Länge der Hilfsfrist. Demnach soll in städtischen Bereichen die Hilfsfrist in der Regel 8 Minuten betragen und in ländlichen Bereichen soll die Hilfsfrist in der Regel 12 Minuten nicht überschreiten.

Der gesamte Bereich des Kreises Gütersloh ist unter Zugrundelegung der Parameter des Landesfachbeirates als ländlicher Bereich einzuordnen. Für den Rettungsdienstbereich des Kreises Gütersloh wird daher eine Hilfsfrist von 12 Minuten festgelegt.

Alle weiteren Prüfungen und Berechnungen bauen auf diesem Wert auf.

##### Sicherheitsniveau (Zielerreichungsgrad)

Die Festsetzung einer Hilfsfrist von 12 Minuten ist ein Planungswert. In der praktischen Umsetzung wird es davon zwangsläufig Abweichungen nach „oben“ und nach „unten“ geben. Die Wahrscheinlichkeit eines Überschreitungsfalls lässt sich errechnen und – als akzeptierte

Größe – als sogenanntes Sicherheitsniveau oder auch Zielerreichungsgrad und damit als Qualitätsmerkmal festlegen.

Vorgenannte Erlasse mit Bezug zur Empfehlung des Landesfachbeirates geben dazu vor:

*Der Erreichungsgrad sollte in mindestens 90 % der auswertbaren hilfsfristrelevanten Notfallfahrten in einem vom Träger des Rettungsdienstes festgelegten Zeitraum (i.d.R. ein Jahr) eingehalten werden.*

Dieser Empfehlung folgend, legt der Kreis Gütersloh fest, dass für den Rettungsdienstbereich des Kreises Gütersloh die Eintreffzeit in der Regel in mindestens 90 % aller Notfälle 12 Minuten nicht übersteigen soll. Dieser Erreichungsgrad ist NRW-weit Standard.

Die risikoabhängige Bemessung der Notfallrettungsmittel ist so erfolgt, dass das Sicherheitsniveau in der Notfallversorgung, also die statistische Wiederkehrzeit des Risikofalls, mindestens das bisherige Sicherheitsniveau im Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh gewährleistet.

Ziel ist es, die Einhaltung des Sicherheitsniveaus durch geeignete organisatorische Maßnahmen zu ermöglichen. Um die Durchführungsqualität fortlaufend zu sichern, erfolgt eine kontinuierliche Auswertung der Echt Daten.

#### **4.1.2 Einsatzbereiche**

##### **4.1.2.1 Zuschnitt der Einsatzbereiche**

Die bedarfsmäßige Verteilung von Rettungswachen über das zu versorgende Gebiet führt zur Festlegung von Rettungswacheneinsatzbereichen und ist maßgeblich für die Standortstruktur. Die Rettungswachen sind funktionell der Kreisleitstelle unterstellt und haben nach Weisung der Kreisleitstelle auch Einsätze außerhalb ihres Rettungswacheneinsatzbereiches durchzuführen (§ 9 RettG NRW). Die Rettungswacheneinsatzbereiche stellen nur eine theoretische Zuordnung der Rettungsmittel zu einem Versorgungsbereich dar, tatsächlich erfolgt innerhalb der Notfallrettung eine georeferenzierte Alarmierung im Rahmen der „Nächste-Fahrzeug-Strategie.“

Die Abbildung unter 1.4 lässt die günstige Verteilung der Rettungswachenstandorte über das gesamte Kreisgebiet erkennen.

In den folgenden Bereichen gibt es einen gemeinsamen Versorgungsbereich mit dem Kreis Warendorf:

- Clarholz (Kreis Gütersloh) / Beelen (Kreis Warendorf)
- Langenberg (Kreis Gütersloh) / Wadersloh (Kreis Warendorf)

#### **4.1.2.2 Veränderte Rettungswachenstandorte**

##### **Rettungswache Herzebrock-Clarholz**

Fertigstellung und Bezug der Feuer- und Rettungswache voraussichtlich im 2. Quartal 2026. Bauherr ist die Gemeinde Herzebrock-Clarholz. Der Kreis Gütersloh mietet die Räume für die Rettungswache dort an. Die bisherige provisorische Containerwache wird zurückgebaut.

##### **Rettungswachenstandort Steinhagen**

Geplant ist im Bereich Bahnhofstraße einen neuen Standort zu errichten, der die aktuelle provisorische Lösung im Feuerwehrgerätehaus Amshausen ab voraussichtlich 2027 ablösen wird.

##### **Rettungswachenstandort Halle (Westf.)**

Es ist geplant, die Rettungswache Halle an den nordwestlichen Ortsausgang von Halle (Westf.) zu verlegen. In 2026 soll mit dem Bau begonnen werden.

##### **Rettungswache Langenberg**

Die gutachterliche Untersuchung der Echt Daten des Jahres 2023 hat die Notwendigkeit dieses Standortes aufgezeigt. Dieser Standort wird die Versorgung im Bereich Langenberg (Kreis Gütersloh)/Wadersloh (Kreis Warendorf) verbessern und gleichzeitig für die angrenzenden Rettungswachen Rietberg und Rheda-Wiedenbrück die notwendige Entlastung bringen.

#### **4.1.3 Rettungswagen (RTW)**

Die Notfallrettung ist mit den dafür geeigneten Fahrzeugen durchzuführen. Gemäß § 3 Abs. 1 RettG sind Krankenkraftwagen Fahrzeuge, die für die Notfallrettung oder den Krankentransport eingerichtet sind und nach dem Fahrzeugschein als Krankenkraftwagen anerkannt sind (Notarztwagen, Rettungswagen, Krankentransportwagen). Die in der Notfallrettung eingesetzten Rettungswagen (RTW) sind Krankenkraftwagen, die für den Transport, die erweiterte Behandlung und Überwachung von Patienten konstruiert und ausgerüstet sein müssen. Der Ausstattungsstandard der RTW ist in der DIN EN 1789 vorgegeben. Um dem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag nachzukommen, werden Reservefahrzeuge vorgehalten. Hierbei handelt es sich üblicherweise um ausgesonderte RTWs. Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) empfiehlt insbesondere wegen häufiger „Rendezvous“ von Rettungsmitteln unterschiedlicher Organisationen (RTW der einen und NEF einer anderen Organisation) eine möglichst einheitliche Ausstattung der Rettungsmittel für das Kreisgebiet Gütersloh. Um dieses Ziel umzusetzen, haben die beiden Rettungswachenträger eine Arbeitsgruppe installiert.

Die medikamentöse Ausstattung (Medikamentenliste) legt die ÄLRD fest, nachdem sie die Ärztlichen Leitungen Notarztstandort und die ausliefernde Krankenhausapotheke angehört hat.

#### 4.1.4 Personal

Gemäß § 4 Abs. 4 RettG NRW ist als Fahrer des RTWs mindestens ein Rettungssanitäter einzuplanen. Für die Notfallrettung ist gemäß § 4 Abs. 3 RettG NRW mindestens ein Rettungsassistent oder Notfallsanitäter zur Betreuung und Versorgung des Patienten einzusetzen. Der Rettungsassistent oder Notfallsanitäter muss über ausreichende Kenntnisse über die Infrastruktur des Versorgungsgebietes (Gefährdungspotentiale, Feuerwehren, Krankenhäuser und deren Kapazitäten) verfügen. Der Kreis Gütersloh besetzt einen RTW grundsätzlich mit zwei Personen, die die vorgenannten Qualifikationen aufweisen. Ziel ist es die RTW zu 70 % mit Notfallsanitätern zu besetzen.

Durch das vom Bund zum 01.01.2014 erlassene Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz - NotSanG) wurde das bisherige Rettungsassistentengesetz ab Ende 2014 mit der Folge abgelöst, dass keine Rettungsassistenten, sondern nur noch Notfallsanitäter ausgebildet werden können. Darüber hinaus sieht § 4 Abs.7 RettG NRW vor, dass die Funktion des Rettungsassistenten durch den Notfallsanitäter mit Ablauf des 31. Dezember 2026 ersetzt wird.

Gemäß § 5 Abs. 4 RettG NRW hat das in der Notfallrettung und im Krankentransport eingesetzte nichtärztliche Personal jährlich an einer mindestens 30stündigen aufgabenbezogenen Fortbildung teilzunehmen und dies nachzuweisen. Zur Schaffung gleicher Standards sollten alle im Kreis Gütersloh im operativen Teil eingesetzten Rettungsdienstmitarbeiter an der gleichen Fortbildungsmaßnahme teilnehmen.

Im Ministerialerlass 224 – G.0701 des MGEPA vom 13.12.2016 ist geregelt, dass Notfallsanitäter im Rahmen von durch die ÄLRD durchzuführenden Leistungskontrollen nachzuweisen haben, dass sie die invasiven Maßnahmen beherrschen, sofern sie sie im Einsatz anwenden. Nachdem zuvor jährlich lediglich die Maßnahmen zur Wiederbelebung zertifiziert worden sind, sind mittlerweile eine ganze Reihe von invasiven Maßnahmen und Medikamentengaben ab-zuprüfen. Dies bedeutet für die Notfallsanitäter einen über die 30-stündige Pflichtfortbildung hinausgehenden Zeitbedarf.

Weitere erforderliche und bedarfsgerechte Weiterbildungsmaßnahmen zur Sicherstellung des Dienstbetriebs im Rettungsdienst sind unter anderem:

- Führungsdienst: Gruppenführer, Zugführer, Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
- Arbeitssicherheit: Arbeitssicherheitsbeauftragung, Fahrsicherheitstraining
- Aus- und Fortbildung: Praxisanleitung, pädagogische Pflichtfortbildung Praxisanleiter, Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben-Funklehrgang
- Hygiene: Desinfektor, Pflichtfortbildung für Desinfektoren
- Medizinprodukte: Grundlehrgang Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetz (MPDG), Herstellereinweisungen Medizinprodukte, notwendige Einweisungen nach MPDG

Angaben zur Personalbemessung inklusive Anzahl der Auszubildenden siehe *Anlage 1*.

## 4.2 Notärztliche Versorgung

### 4.2.1 Notarzteinsetzungsbereiche

Gemäß § 6 Abs. 1 RettG NRW ist der Kreis 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.

Im Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh bestehen für die notärztliche Versorgung vier Versorgungsbereiche (VB):

VB Halle	218 km <sup>2</sup>
VB Gütersloh	148 km <sup>2</sup>
VB Rheda-Wiedenbrück	281 km <sup>2</sup>
VB Harsewinkel	235 km <sup>2</sup>

Ferner werden arztbesetzte Rettungsmittel angrenzender Gebietskörperschaften herangezogen.

Für die Notarztversorgung ist aufgrund nicht existenter rechtlicher Regelungen und allgemein anerkannter Standards kein Sicherheitsniveau festgelegt.

Notarzteinsetzungsbereich	ca. zu versorgende Einwohner (E)	ca. Fläche [km <sup>2</sup> ]	Bevölkerungsdichte [E/km <sup>2</sup> ]
Borgholzhausen (ohne OT Bahnhof)	6.593	40,00	165
Halle (Westf.)	22.295	69,70	320
Steinhagen	20.883	56,41	370
Werther (Westf.)	11.457	35,42	323
<b>NA-EB Halle</b>	<b>61.228</b>	<b>201,53</b>	<b>304</b>
Gütersloh	105.168	112,02	939
Verl (50 % und ohne Kaunitz)	13.206	35,68	370
<b>NA-EB Gütersloh</b>	<b>118.373</b>	<b>147,70</b>	<b>801</b>
Herzebrock-Clarholz (OT Herzebrock)	10.735	46,14	233
Langenberg	8.831	38,31	231
Rheda-Wiedenbrück	50.895	86,72	587
Rietberg	32.008	110,31	290
<b>NA-EB Rheda-Wiedenbrück</b>	<b>102.469</b>	<b>281,48</b>	<b>364</b>
Harsewinkel	26.932	100,59	268
Herzebrock-Clarholz (OT Clarholz)	6.269	33,14	189
Versmold	22.548	85,57	263
Borgholzhausen (OT Bahnhof)	2.800	16,00	175
<b>NA-EB Harsewinkel</b>	<b>58.549</b>	<b>235,30</b>	<b>249</b>
Schloß Holte-Stukenbrock	27.275	67,52	404
Verl (50 % inkl. Kaunitz)	13.205	35,68	370
<b>NA-EB angrenzender Gebietskörperschaften</b>	<b>40.480</b>	<b>103,20</b>	<b>392</b>
<b>RDB Kreis Gütersloh ca. gesamt</b>	<b>381.100</b>	<b>969,21</b>	<b>393</b>

Die Notarzteinsatzbereiche sind primär den in der Tabelle genannten Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) zugeordnet. In Ausnahmefällen, beispielsweise bei Duplizitäten oder Randbereichen, erfolgt die Versorgung über die nächste-Fahrzeug-Strategie, wobei auch NEF benachbarter Gebietskörperschaften eingebunden werden. Die Stadt Schloß Holte-Stukenbrock, sowie der Ortsteil Kaunitz und weitere Teilgebiete der Stadt Verl sind keinem festen Einsatzbereich zugeordnet und werden ausschließlich im Rahmen der nächste-Fahrzeug-Strategie versorgt.

In den einzelnen Notarzteinsatzbereichen bestehen folgende Notarztstandorte:

<b>Notarztstandort</b>	<b>Notarzt</b>
Gütersloh	Klinikum Gütersloh, St. Elisabeth Hospital Gütersloh
Rheda-Wiedenbrück	Rettungswache Rheda-Wiedenbrück
Halle (Westf.)	Rettungswache Halle
Harsewinkel	Rettungswache Harsewinkel

### **Ausweitung der Notarztvorhaltung**

Die gutachterliche Überprüfung der bedarfsgerechten Rettungsmittelvorhaltung auf der Grundlage des bemessenen Einsatzaufkommens für den Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh hat am Notarztstandort Gütersloh im Ergebnis eine Ausweitung der Rettungsmittel auf das Wochenende ergeben, so dass neben einem rund-um-die Uhr NEF ein tageszeitabhängiges NEF eingesetzt wird (siehe 4.4).

Am Notarztstandort Rheda-Wiedenbrück hat die gutachterliche Überprüfung ebenfalls eine Ausweitung der Rettungsmittel um ein tageszeitabhängiges NEF ergeben. Neben einem rund-um-die Uhr NEF wird demnach ein tageszeitabhängiges NEF eingesetzt (siehe 4.4).

Die Ausweitung der Notarztvorhaltung erfolgt sukzessive unter Berücksichtigung der Entwicklung der Einsatzzahlen durch das Telenotarzt-Konzept (siehe 4.4). Erst nach erfolgter Evaluation soll – nach Zustimmung der Krankenkassen – eine Ausweitung erfolgen.

### **4.2.2 Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)**

Für die notärztliche Versorgung kommen im Kreis Gütersloh Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) nach DIN 75079 zum Einsatz. Notarzteinsatzfahrzeuge sind gemäß § 3 Abs. 2 RettG NRW Personenkraftwagen zur Beförderung von Notärzten. Sie dienen ebenfalls der Notfallrettung. Die Anzahl der NEF orientiert sich an der Anzahl der Notarztstandorte plus notwendige Reservefahrzeuge.

Für die notärztliche Versorgung im Rahmen der Notfallrettung sind im Kreis Gütersloh Notarztstandorte etabliert, von denen NEF im Rendezvous-System zu den Einsätzen ausrücken. Beim „Rendezvousystem“ fahren RTW und NEF unabhängig voneinander zum Einsatzort.

Die erforderliche Ausstattung mit Medikamenten, Medizingeräten und Verbrauchsgütern legt die Ärztliche Leitung Rettungsdienst fest.

### **4.2.3 Luftgestützter NA-Dienst**

Der gesamte Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh wird vom Rettungshubschrauber (RTH) "Christoph 13" im Rahmen der Luftrettung notärztlich versorgt (siehe 5.4).

### **4.2.4 Telenotarztsystem**

Der Kreis Gütersloh nimmt am Projekt „Telenotarzt Ostwestfalen-Lippe“ teil. Hieran angebunden ist auch die Stadt Gütersloh als Rettungswachenträger.

Eine detaillierte Beschreibung des Systems ergibt sich aus *Anlage 2 - Etablierung eines Telenotarztsystems in OWL*.

### **4.2.5 Personal**

Die in der Notfallrettung und im Krankentransport eingesetzten Personen müssen gemäß § 4 Abs. 1 RettG NRW für diese Aufgaben gesundheitlich und fachlich geeignet sein.

Gemäß § 4 Abs. 3 RettG NRW müssen in der Notfallrettung eingesetzte Ärzte (Notarzt) über den Fachkundenachweis Rettungsdienst einer Ärztekammer oder eine vergleichbar anerkannte Qualifikation verfügen. Im Kreis Gütersloh eingesetzte Notärzte sollen überdies die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin führen und/oder die Facharztanerkennung in einem Gebiet mit notfallmedizinischem Bezug besitzen. Notärzte haben vor Beginn ihrer Tätigkeit im Kreis Gütersloh an einem durch die ÄLRD durchgeführten „Einführungsseminar für Notärzte“ teilzunehmen. Zum Fahren des NEF ist gemäß § 4 Abs. 4 Nr. 3 RettG NRW ein Rettungsassistent oder Notfallsanitäter erforderlich.

Alle im Kreis Gütersloh eingesetzten Rettungsdienstmitarbeiter nehmen an der zentralen Jahresfortbildung zur Schaffung gleicher Standards teil. Wie auch die Rettungsdienstmitarbeiter nehmen die im Rettungsdienst eingesetzten Notärzte an der zentralen Jahresfortbildung zur Schaffung gleicher Standards.

Die Notarztstellung im Kreis Gütersloh erfolgt mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten („hauptamtlichen“) Notärzten sowie mit nebenberuflichen Honorarkräften. Unterstützt wird die Notarztvorhaltung durch Notärzte des Klinikum Halle und der Katholischen Hospitalvereinigung Ostwestfalen (KHO).

## **4.3 Krankentransport**

Gemäß § 2 Abs. 3 RettG NRW hat der Krankentransport die Aufgabe, Kranken oder Verletzten oder sonstigen hilfebedürftigen Personen, die sich nicht in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden nicht zu befürchten sind, fachgerechte Hilfe zu leisten und sie unter Betreuung durch qualifizierte Personen mit Krankenkraftwagen oder Luftfahrzeugen zu befördern. Planungsrichtwerte für Bedienzeiten sind vom Gesetzgeber nicht vorgegeben. Die Bedienzeit umfasst den Zeitraum zwischen der Anforderung und dem Eintreffen des Krankentransportwagens. Nach einem Urteil des Oberverwaltungsgerichts Münster sollte diese Bedienzeit zwischen 30 und 60 Minuten betragen.

Der Krankentransport wird durch Krankentransportwagen (KTW) oder mittels Rettungswagen (RTW) durchgeführt. RTW werden i.d.R. nur eingesetzt, wenn ein weiterer RTW für den jeweiligen Einsatzbereich verfügbar ist (Raumabdeckung).

Während bei der Notfallrettung eine Betrachtung der Auslastungsgrade von Fahrzeug und Personal mit der Zielvorstellung, möglichst eine Anpassung der bestehenden Kapazität an die ermittelte Auslastung zu bekommen, unter rettungsdienstlichen Gesichtspunkten nicht sachgerecht ist, da die aufgebaute Kapazität primär vom Sicherheitsniveau und vom Qualitätsstandard abhängig ist, gilt dies nicht für Krankentransporte. Hier ist für den gesamten Rettungsdienstbereich des Kreises auf der Grundlage des Bedarfs festzulegen, zu welchen Tageszeiten wie viele KTW für die Krankentransporte, die nicht zeitkritisch sind, einsatzbereit zu halten sind.

#### 4.3.1 Standorte

Einsatzbereich (EB)	Standort	zu versorgende Einwohner (E)	Fläche [km <sup>2</sup> ]	Bevölkerungsdichte [E/km <sup>2</sup> ]
Borgholzhausen	RW Halle (Westf.)	9.393	55,99	168
Halle (Westf.)		22.295	69,70	320
Steinhagen		20.833	56,41	370
Werther (Westf. )		11.457	35,42	323
Versmold		22.548	85,57	263
<b>EB NORD gesamt</b>		<b>86.526</b>	<b>303,09</b>	<b>285</b>
Gütersloh	RW Gütersloh und RW Rheda-Wiedenbrück	105.168	112,02	939
Harsewinkel		26.932	100,59	268
Herzebrock-Clarholz		17.004	79,28	214
Langenberg		8.831	38,31	231
Rheda-Wiedenbrück		50.895	86,72	587
Rietberg		32.008	110,31	290
Schloß Holte-Stukenbrock		27.275	67,52	404
Verl		26.411	71,37	370
<b>EB SÜD gesamt</b>		<b>381.100</b>	<b>969,21</b>	<b>393</b>

Im Rettungswacheneinsatzbereich Gütersloh wurde durch die Stadt Gütersloh als Träger der Rettungswache Gütersloh von der Möglichkeit der Mitwirkung von Hilfsorganisationen Gebrauch gemacht. Es wurde der Malteser Hilfsdienst (MHD) vertraglich in die Leistungserbringung eingebunden. Zum Umfang siehe unter 4.4.

### **4.3.2 Krankentransportwagen (KTW)**

Die Ausstattung der KTW erfolgt nach Maßgabe der DIN EN 1789 (KTW, Typ B) und beinhaltet unter anderem elektrohydraulische Fahrtragen und Stühle zur körperlichen Entlastung der Mitarbeiter.

Nach Erreichung der km-Laufleistung werden Fahrzeuge weiterhin als Reservefahrzeuge vorgehalten.

### **4.3.3 Personal**

Gemäß § 4 Abs. 3 und 4 RettG NRW sind die KTW mit mindestens einem Rettungssanitäter zur Betreuung und Versorgung der Patienten und mit einem Rettungshelfer als Fahrer zu besetzen.

Gemäß § 5 Absatz 4 RettG NRW hat das in der Notfallrettung und im Krankentransport eingesetzte nichtärztliche Personal jährlich an einer mindestens 30-stündigen aufgabenbezogenen Fortbildung teilzunehmen und dies nachzuweisen. Zur Schaffung gleicher Standards sollten alle im Kreis Gütersloh im operativen Teil eingesetzten Rettungsdienstmitarbeiter an der gleichen Fortbildungsmaßnahme teilnehmen.

## **4.4 Reservefahrzeuge**

**Für die Rettungswachen in der Trägerschaft des Kreises Gütersloh gilt:**

### Rettungswagen:

Der Kreis Gütersloh praktiziert im Bereich der RTWs das sogenannte „Kofferwechselkonzept“. Die beschafften RTWs sind so gebaut, dass das Fahrgestell nach Erreichen der km-Laufleistung (ca. 280.000-300.000 km und in der Regel nach 6 Jahren) durch ein neues Fahrgestell ausgetauscht werden kann. Im Zuge des Umbaus des sog. „Umsetzens“ wird der Fahrzeugkoffer Instandgesetzt und mit einem neuen Fahrgestell weiterverwendet. Dies erfolgt in der Lebensdauer des „Koffers“ somit planmäßig nach 6 Jahren, und noch einmal nach 12 Jahren. Hierdurch erhält der wertige Koffer eine deutlich längere Nutzungsdauer. Diese beträgt über alle drei Laufzeiten planmäßig mindestens 18 Jahre. Zur Sicherstellung der Aufgabenerfüllung werden einige Fahrzeuge nach 18 Jahren und wenn es das Material noch zulässt über diese Dauer hinaus noch als Reservefahrzeuge vorgehalten. Die Kofferaufbauten der Reservefahrzeuge sind somit nicht selten mehr als 20 Jahren im Dienst.

Die Reservefahrzeuge sind daher in der Regel bereits komplett abgeschrieben. Allerdings bedingt das Kofferwechselkonzept auch, dass immer Fahrzeuge auf den nächsten Umsetzungstermin beim Fahrzeugausbauer warten oder dort zum Umbau stehen um anschließend wieder in den Einsatzdienst zu wechseln. Die Anzahl der Reserverettungswagen liegt daher regulär um die 10 Fahrzeuge (inkl. wartende Umsetzer-Fahrzeuge beim Ausbauerhersteller).

### NEF und KTW:

Die Notarzteinsatzfahrzeuge und Krankentransportwagen laufen derzeit außerhalb des „Kofferwechselkonzept“. Auch hier werden Gesamtlauflleistungen von 280.000-300.000 km angestrebt. Ein Teil dieser Laufleistung erfolgt als Reservefahrzeug. Derzeit werden zwei Reservekrankentransportwagen (jeweils einer an jedem Standort) vorgehalten. Der Kreis Gütersloh

plant derzeit jedoch auch im Bereich der Krankentransportwagen aufgrund der Wirtschaftlich- und Nachhaltigkeit auf das "Kofferwechselkonzept" ähnlich der Rettungsmittel umzusteigen.

Für die drei Notarzteinsatzfahrzeuge werden derzeit ebenfalls zwei Reserveeinsatzfahrzeuge an zwei der drei Standorte vorgehalten.

#### Stellplätze:

Die Reservefahrzeuge stehen dezentral an den Rettungswachen, dort in den Wasch- und Desinfektionshallen und in der Fahrzeughalle des Rettungsdienstzentrums. Zukünftig werden die Reservefahrzeuge im Bevölkerungsschutzzentrum vorgehalten.

#### **Für die Feuer- und Rettungswache der Stadt Gütersloh gilt:**

Die Rettungsfahrzeuge der Stadt Gütersloh werden über eine Nutzungsdauer von 7 Jahren abgeschrieben und anschließend ersetzt. Insgesamt hält die Feuer- und Rettungswache Gütersloh fünf Reservefahrzeuge (1 NEF, 2 KTW, 2 RTW) vor, welche jeweils in Hallenstellplätzen untergebracht sind. Zudem steht ein weiterer RTW am Standort der alten Feuer- und Rettungswache als Ausfallreserve zur Verfügung und belegt keinen Hallenstellplatz.

#### **4.5 Rettungsmittelvorhaltung für den Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh**

Die folgende Abbildung weist die Vorhaltezeiten und Fahrzeuge aus. Zuwächse/Veränderungen sind in „gelb“ markiert.

Die Umsetzung erfolgt schrittweise: Zunächst wird ein Tages-Standort in Langenberg eingerichtet, gefolgt von einer schrittweisen Verlängerung der Vorhaltezeiten. Erst danach wird die verbleibende Fahrzeugvorhaltung ausgeweitet. Die Erweiterung der NEF-Vorhaltung wird dabei unter Berücksichtigung der Einsatzzahlen im Rahmen des Telenotarztkonzepts bewertet und nach Zustimmung der Krankenkassen entsprechend angepasst.

## 4.5 Rettungsmittelvorhaltung für den Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh 2025

RW-Einsatz-Bereich	Rettungsmittel		Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		Ø RM- Woch.-Std.
	Typ	Ruf	6	12	18	6	12	18	6	12	18	6	12	18	6	12	
RW Gütersloh	RTW	1															168
	RTW	2															168
	RTW	3															168
	RTW	4															168
	RTW	5	7			19	7			19	7			19	7		19
	RTW	6	8			20	8			20	8			20	8		84
	RTW	7															60
	RTW	8															168
RW Halle (Westf.)	RTW	9	7			19	7			19	7			19	7		168
	RTW	10															84
	RTW	11	7			19	7			19	7			19	7		168
	RTW	12	8			20	8			20	8			20	8		84
	RTW	13															168
	RTW	14															168
	RTW	15															168
	RTW	16	7			19	7			19	7			19	7		84
	RTW	17															168
	RTW	18															168
	RTW	19															168
	RTW	20															168
	RTW	21															168
	RTW	22	8			18	8			18	8			18	8		70
	RTW	23															168
	RTW	24	7			19	7			19	7			19	7		84
	RTW	25															168
	RTW	26	8			20	8			20	8			20	8		82
	KTW	27	7			16	7			16	7			16	7		45
	KTW	28	7			14	7			14	7			14	7		35
	KTW	29	7			17	7			17	7			17	7		65
	KTW	30	7			16	7			16	7			16	7		45
	KTW	31	7			16	7			16	7			16	7		45
	KTW	32	7			15	7			15	7			15	7		41
	KTW	33a	7			14	7			14	7			14	7		35
	KTW	33b	14			21	14			21	14			21	14		35
NA Gütersloh	NEF	1															168
	NEF	2	8			20	8			20	8			20	8		84
	NEF	3															168
	NEF	4															168
	NEF	5															168
	NEF	6	7			19	7			19	7			19	7		84
RTW/NEF-Vorhaltung																	3.572
KTW-Vorhaltung																	346
																	840
																	Rettungsmittelwochen-
																	stunden gesamt: <b>4.758</b>

## **5. Besondere Versorgungslagen**

### **5.2 Notfallsystem für den Massenanfall von Verletzten (Notfallsystem MANV)**

Ein Massenanfall von Verletzten (MANV) liegt vor, wenn durch ein Schadensereignis so viele Menschen im Rettungsdienstbereich des Kreises Gütersloh verletzt oder auf andere Weise gesundheitlich geschädigt werden, dass deren medizinische Versorgung nur durch Hilfsmaßnahmen möglich ist, die den Rahmen der Regelversorgung überschreiten.

Die Zuständigkeit des Rettungsdienstes bleibt auch bei einer größeren Anzahl von Notfallpatienten grundsätzlich unberührt. Der Regelrettungsdienst im Kreis Gütersloh ist erfahrungsgemäß in der Lage, Einsätze mit bis zu 4 Verletzten unter normalen Umständen eigenständig abzuarbeiten. Bei einem MANV muss gleichzeitig der Regelrettungsdienst im Kreisgebiet erhalten bleiben.

Gemäß § 7 Abs. 4 RettG NRW hat der Träger des Rettungsdienstes für den Fall eines MANV ausreichende Vorbereitungen für den Einsatz zusätzlicher Rettungsmittel und des notwendigen Personals zu treffen. Der Kreis Gütersloh hat daher seit dem Jahr 2004 ein Notfallsystem MANV aufgestellt, welches die notfallmedizinischen Maßnahmen, Alarmierungen und Strukturen für den gesamten Kreis Gütersloh regelt und vorgibt. Das Notfallsystem MANV regelt die Verstärkung und Ergänzung des Rettungsdienstes durch Heranziehung von Einsatzkräften und Einsatzmitteln der im Kreis **ansässigen Hilfsorganisationen** und dienstfreier Kräfte des Regelrettungsdienstes über die Module MANV-S, Patientenablage, Betreuung sowie die Landeskonzeppte NRW. Bei Bedarf sind darüber hinaus zusätzliche Rettungsmittel (auch RTH und weitere NA) im Rahmen der nachbarschaftlichen Hilfe (z. B. Ü-MANV S) anzufordern.

Die vorgenannten Module sind einzeln alarmierbar. Das vorhandene Personal und die Einsatzmittel sind nicht doppelt verplant und können somit im Rahmen der überregionalen Hilfeleistung unter anderem auch den Nachbarkreisen zur Verfügung gestellt werden. Hiermit wird der Kreis Gütersloh den im Runderlass des Innenministeriums NRW 73 - 52.03.04 von 10.08.2009 geforderten Sanitätsdienstkonzepten, BHP-B 50 NRW, BTP-B 500 NRW, PT-Z 10 NRW gerecht.

Gemäß § 7 Abs. 4 RettG NRW bestellt der Träger des Rettungsdienstes (Kreis Gütersloh) für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker, Leitende Notärzte sowie Organisatorische Leiter Rettungsdienst und regelt deren Einsatz. Als Führungsstruktur bilden sie i.d.R. gemeinsam die Abschnitsleitung "Medizinische Rettung", die sich dem Gesamteinsatzleiter Feuerwehr unterstellt. Für die Erreichung des Einsatzortes werden Einsatzfahrzeuge bereitgestellt.

### **5.2 Leitender Notarzt (LNA)**

Der LNA übernimmt Leitungsaufgaben im medizinischen Bereich bei einem Massenanfall Verletzter oder Erkrankter sowie bei außergewöhnlichen Notfällen und Gefahrenlagen. Er hat alle medizinischen Maßnahmen zu leiten, zu koordinieren und zu überwachen.

Der Kreis Gütersloh hat eine ausreichende Anzahl an LNA zur Ermöglichung eines lückenlosen Dienstplans bestellt. Das LNA-System des Kreises Gütersloh regelt deren Einsatz (vgl. § 7 Abs. 4 RettG NRW).

Entsprechend dem Beschluss der Ärztekammer Westfalen-Lippe aufgrund der Empfehlungen der Bundesärztekammer und in Übereinstimmung mit Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hat ein LNA bestimmte Voraussetzungen und Qualifikationen aufzuweisen. Der Kreis Gütersloh folgt bei der Einstellung und der Weiterqualifizierung diesen Empfehlungen.

### **5.3 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL)**

Gemäß § 7 Abs. 4 RettG NRW kann der Kreis Gütersloh als Träger des Rettungsdienstes ergänzend in ausreichendem Umfang OrgL bestellen und deren Einsatz regeln. Der OrgL ist eine Führungskraft, die am Notfallort bei einer größeren Anzahl von Verletzten, Erkrankten sowie auch bei anderen Geschädigten oder Betroffenen oder bei außergewöhnlichen Ereignissen alle medizinisch organisatorischen Maßnahmen in Abstimmung mit dem LNA zu leiten hat. Der OrgL muss eine spezielle Fortbildung inklusive einer Mindestqualifikation zum Zugführer absolviert haben.

Im Rahmen der Ausarbeitung des ersten Notfallsystem MANV wurden durch den Kreis Gütersloh bereits im Jahr 2002 OrgL bestellt. Derzeit sind 17 OrgL für den Kreis Gütersloh tätig. Die Anzahl richtet sich nach dem tatsächlichen Bedarf. Es handelt sich um Mitarbeiter der Stadt Gütersloh, Rheda-Wiedenbrück sowie des Kreises Gütersloh aus den Bereichen Rettungsdienst, Leitstelle und Verwaltung.

### **5.4 Besondere Rettungsmittel**

#### **Intensivtransportwagen (ITW)**

Im Kreis Gütersloh wird kein spezieller Intensivtransportwagen (ITW) vorgehalten, da die Ausstattung der RTW und NEF für den überwiegenden Teil der Intensivtransporte ausreichend ist. Bei entsprechendem Bedarf wird auf die Kapazitäten benachbarter Rettungsdienstbereiche (Stadt Bielefeld, Kreise Warendorf oder Paderborn) zurückgegriffen.

#### **Transport schwergewichtiger Patienten**

Im Kreis Gütersloh wird kein spezielles Fahrzeug für den Transport schwergewichtiger Patienten vorgehalten. Bei entsprechendem Bedarf ist auf das Spezialfahrzeug aus dem Kreis Paderborn zurückzugreifen. Bei Neubeschaffungen von RTW wird die neueste Generation von Fahrtragen eingebaut, die für höhere zulässige Gesamtmassen ausgelegt sind, als die bisherigen Fahrtragen.

#### **Rettungshubschrauber (RTH)**

Der gesamte Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh wird vom Rettungshubschrauber (RTH) "Christoph 13" im Rahmen der Luftrettung notärztlich versorgt.

Unterstützt wird der RTH durch den Intensiv-Hubschrauber (ITH) Christoph Westfalen am Standort Greven, der vorwiegend im Münsterland und in Ostwestfalen für intensivmedizinische Verlegungstransportflüge und für sonstige Transporte über größere Entfernungen zur Verfügung steht.

## **5.5 Einbindung der Hilfsorganisationen**

Durch Vereinbarungen gemäß § 13 RettG NRW vom 13.02.2001 wurde dem DRK, Kreisverband Gütersloh e.V., dem Malteser Hilfsdienst e.V., der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. Regionalverband Ostwestfalen und dem Arbeiter Samariter Bund Regionalverband Bielefeld OWL e.V. die Durchführung von Notfallrettung und Krankentransport im Rahmen des Sanitätsdienstes bei bestimmten Großveranstaltungen übertragen. Demnach können die Hilfsorganisationen im Rahmen der sanitätsdienstlichen Betreuung von bestimmten Großveranstaltungen, nach vorheriger Abstimmung mit der Kreisleitstelle für den Feuerschutz und Rettungsdienst, bei Bedarf qualifizierte Krankentransporte und Notfallrettung im Sinne des § 2 RettG NRW in den Rettungswacheneinsatzbereichen Halle (Westf.), Vermold, Schloß Holte-Stukenbrock sowie im Rettungswachenbereich Rietberg ausführen.

## **6 Qualitätssicherung und Aufsicht**

### **6.1 Ärztliche Leitung Rettungsdienst**

Der Rettungsdienst wird gemäß § 7 Abs. 3 des RettG NRW in medizinischen Belangen und Angelegenheiten des Qualitätsmanagements von einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) geleitet und überwacht. Die Wahrnehmung der Aufgaben durch eine ÄLRD erfolgt durch den Träger des Rettungsdienstes für den gesamten Geltungsbereich des Bedarfsplans. Das dafür erforderliche ärztliche Personal wird beim Aufgabenträger angestellt und nicht aus Personalgestellung gewonnen.

Gemäß § 7 a Abs. 2 RettG NRW hat der Kreis Gütersloh darauf hinzuwirken, dass geeignete Qualitätsmanagementstrukturen geschaffen werden, welche unter Mitwirkung aller Beteiligten anhand einer differenzierten Datenerfassung und -auswertung eine regelmäßige Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungsdienstes ermöglichen sollen, um daraus etwaige Verbesserungen zu ermitteln und deren Umsetzung zu realisieren.

Nach § 4 Abs. 2 Satz 2 c NotSanG und Runderlass des MAGS vom 17.08.2023 (Az. V A 4 – 93.21.02.03) werden von der ÄLRD diejenigen heilkundlichen Maßnahmen vorgegeben, überprüft und verantwortet, die bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen von Notfallsanitätern standardmäßig im Rahmen der Mitwirkung auszuführen sind.

Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst hat insbesondere folgende Aufgaben:

#### **Einsatzplanung und -bewältigung:**

- Mitwirkung bei der Erstellung von rettungsdienstlichen Bedarfsanalysen,
- Koordinierung und Überwachung der Aktivitäten der am Rettungsdienst beteiligten Ärzte und Leistungserbringer,
- Koordinierung der Leitenden Notärzte und der Ärztlichen Leitungen der Notarztstandorte,
- Aufstellung der Dienstpläne für Leitende Notärzte,
- Vorgabe für medizintaktische Konzepte für die Bewältigung von besonderen Schadenslagen,
- Mitwirkung bei der Entwicklung von Strategien für die Bearbeitung medizinischer Hilfeersuchen durch die Leitstelle und Disposition der Rettungsmittel,
- Festlegung notfallmedizinischer Behandlungsrichtlinien,
- Festlegung der pharmakologischen- und Mitwirkung bei der Festlegung der medizinisch-technischen Ausrüstung und Ausstattung im Rettungsdienst,
- Beratung im Rahmen der Erstellung eines einheitlichen Gerätestandards für die Rettungsmittel

#### **Qualitätssicherung:**

- fortlaufende Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements,
- kontinuierliche Schwachstellenanalyse, Mitwirkung bei Planung und Überwachung notwendiger Korrekturmaßnahmen,

- Abstimmungen zur effektiven Zusammenarbeit von Rettungsdienst und Behandlungseinrichtungen,
- Mitwirkung bei der Festlegung der Dokumentationsinstrumente für die Rettungsmittel und die Leitstelle,
- Überwachung der Datenanalyse aus ärztlicher Sicht,
- Nachbereitung der rettungsdienstlichen Einsätze,
- Repräsentation des Kreises in allen notfallmedizinischen Fragen/Gremienarbeit,
- Mitwirkung bei notfallmedizinischen Forschungsprojekten.

#### **Aus- und Fortbildung:**

- Erarbeitung von Zielen für Unterrichtsthemen der Aus- und Fortbildung für ärztliches und nichtärztliches Personal im Rettungsdienst,
- Vorgabe, Überwachung und Verantwortung von Behandlungsstandards für nichtärztliches Rettungsdienstpersonal gemäß des NotSanG
- Richtlinienkompetenz und Mitwirkung bei der Planung und Koordination für die notfallmedizinischen Aus- und Fortbildungsinhalte für nichtärztliches Personal im Rettungsdienst,
- Richtlinienkompetenz und Mitwirkung bei der Planung und Koordination der ärztlichen notfallmedizinischen Fortbildung einschließlich der Leitenden Notärztinnen / Leitenden Notärzte inkl. Regelungen zur notärztlichen Fortbildungspflicht und Überwachung der Einhaltung gemäß RettG NRW sowie der Vorgaben der Landesärztekammer.

#### **Arbeitsmedizin:**

- Mitwirkung und Beratung bei der Auswahl geeigneter Schutzkleidung und Arbeitsschutzausstattung.

#### **Hygiene:**

- Mitwirkung und Beratung bei der Erarbeitung von Hygieneplänen sowie Überwachung der Einhaltung von Hygienevorschriften im Rettungsdienst in Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt.

### **6.2 Einsatzdokumentation**

Mittels mobiler Datenerfassung (MDE, PC-Tablet) wird jeder Einsatz des Rettungsdienstes digital dokumentiert.

Der Kreis Gütersloh nimmt gemeinsam mit dem Kreis Lippe und der Stadt Bielefeld teil an dem Pilotprojekt Qualitätssicherung Rettungsdienst – Nordrhein-Westfalen („QSR-NW“), aus dem die landesweit einheitliche Datenerfassung und -analyse erwachsen soll.

## **7 Verwaltung und Logistik**

Neben den operativen Aufgaben gehören zur Sicherstellung eines funktionierenden Rettungsdienstes ebenso Verwaltungs- und Logistiktätigkeiten. Der erforderlicher Stellenumfang in VZÄ wird in *Anlage 1* ausgewiesen.

### **7.1 Verwaltung**

Unter den administrativen Leistungen finden sich die direkt im RettG NRW genannten Aufgaben, wie auch daraus abgeleitete, und für einen funktionierenden Betrieb unabdingbare Aufgaben.

Zur Bemessung des erforderlichen Stellenumfanges wurden verschiedene Unterlagen herangezogen: Als langjähriger Rettungsdienst- und Rettungswachenträger mit eigenem Personal verfügt der Kreis sowie die Stadt Gütersloh in diesem Bereich über umfangreiche Erfahrungswerte, welche neben der fachlichen Einschätzung der Fa. Orgakom als beauftragter Gutachter, in die Personalbemessung einfließen.

Zu den Aufgaben der Verwaltung gehören unter anderem:

- Führungsaufgaben und Rettungswachenleitung
- Dienstplanerstellung
- Erstellung und Fortschreibung des Rettungsdienstbedarfsplanes
- Finanzen: Gebührenkalkulation, Betriebskostenabrechnung, Satzungserstellung, Beplanung der Haushaltsmittel und Bewirtschaftung des Haushalts
- Beschaffung und Verwaltung von Materialien und Fahrzeugen
- Bewirtschaftung der Rettungswachen und der Leitstelle
- Verwaltung der Trägerangelegenheiten (nur Kreis Gütersloh)
- Arbeitssicherheit
- Qualitätsmanagement
- Koordination Aus-/Fortbildung

In dem jeweiligen Kreis- bzw. Rathaus der beiden Rettungswachenträger erbringen Fachabteilungen Dienstleistungen für den Rettungsdienst (z. B. Gebäudewirtschaft, Finanzen, Submissionstelle, Revision, Datenschutz, Personal und Organisation). Die von dort erbrachten Leistungen werden entsprechend ihrem Anteil dem Kostenträger Rettungsdienst zugerechnet.

### **7.2 Logistik**

Die Aufgabenerledigung der logistischen Tätigkeiten erfolgt zum einen an den einzelnen Rettungswachen und zum anderen zentral im Rettungsdienstzentrum, welches sich aktuell noch in Schloß Holte-Stukenbrock befindet. Für den Rettungswachenträger Kreis Gütersloh werden zukünftig Logistiktätigkeit stärker zentralisiert und im geplanten Bevölkerungsschutzzentrum in Verl-Sürenheide angesiedelt werden.

Zu den Aufgaben zählen unter anderem:

- Lagerhaltung und Logistik
- Fahrzeugmanagement
- Hygiene und Desinfektion
- Wartung von Medizinprodukten
- Medikamententransport

## **8 Inkrafttreten**

Der Bedarfsplan tritt mit dem Tage nach dem Kreistagsbeschluss in Kraft; zugleich tritt der Bedarfsplan vom 02.07.2018 außer Kraft.

## 9 Anlagen

### Anlage 1 – Konzept zur Personalbemessung

Eintretende Tarifvertragsänderungen werden zusätzlich berücksichtigt und entsprechend sukzessive umgesetzt.

Einsatzdienst Rettungsdienst		
	Stadt Gütersloh	Kreis Gütersloh
Rettungssanitäter	26,49	59,34
Notfallsanitäter	40,53	129,51
Praxisanleiter (zusätzlich)*	0,33 VZÄ pro Azubi	0,33 VZÄ pro Azubi

*\*Pro Auszubildenden werden 0,33 VZÄ Praxisanleiter freigestellt. Die Anzahl der Praxisanleiter wird in Abhängigkeit der tatsächlichen Zahl der Auszubildenden bedarfsgerecht angepasst.*

*Kreis Gütersloh: Es entstehen zusätzliche Kosten für die Inanspruchnahme von OrgL-Diensten (geringfügige Beschäftigung).*

Notfallsanitäterauszubildende			
Jahr	Kreis Gütersloh	Stadt Gütersloh	Stadt Rheda-Wiedenbrück
2021	6	4	2
2022	4	3	2
2023	8	2	2
2024	20	4	
2025	15	5	
2026	21	8	
2027	21	8	
2028	21	8	
2029	21	8	
2030	21	8	
2031	21	8	
2032	21	8	
2033	21	8	

*Ab dem 01.04.2024 wurde die Rettungswache Rheda-Wiedenbrück durch den Kreis Gütersloh weitergeführt. Auszubildende wurden übernommen.*  
*Aus praktischen Gründen kann der Kreis Gütersloh derzeit nur max. 15 NotSan-Auszubildende ausbilden; eine Erhöhung kann allenfalls sukzessive erfolgen.*

Notarztversorgung		
	Stadt Gütersloh	Kreis Gütersloh
Notärzte, fest angestellt		7,4

*Kreis Gütersloh: Es entstehen zusätzliche Kosten für die Inanspruchnahme des kreiseigenen Notarzt-pools (Honorartätigkeiten), Notarzt-Dienstleistungen der Krankenhäuser und LNA-Tätigkeiten.*

<b>Ärztliche Leitung Rettungsdienst</b>	
	<b>Kreis Gütersloh</b>
	1,6
<b>Kreisleitstelle</b>	
	<b>Kreis Gütersloh</b>
Leitung und Stellvertretung	2,00
Lagedienstführer	5,00
Teamleiter	3,00
Disponent	28,00
Weitere Funktionen (Admin, Technik)	4,00
Digitalfunk	2,00
<b>Gesamt</b>	<b>44,00</b>
<i>Es wird entsprechend dem Bedarf ausgebildet.</i>	

<b>Verwaltung und Logistik</b>		
	<b>Stadt Gütersloh</b>	<b>Kreis Gütersloh</b>
Leitung beim Leistungserbringer (1)	1,38	3,89
Leitung beim Leistungserbringer (2)	0,10	1,00
Personalbewirtschaftung	0,46	1,30
Buchhaltung/Kreditoren	0,98	1,83
Fakturierung/Debitoren	1,96	3,66
Rettungswachenleitung (1)	0,69	1,95
Rettungswachenleitung (2)	0,25	2,50
Desinfektoren	0,69	1,60
Hygienebeauftragte	0,34	0,80
Beauftragte für Medizinproduktesicherheit	0,69	1,60
Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte, PSA	0,69	1,95
Medikamente, Apotheke	0,05	0,50
Lagerhaltung, Logistik	0,10	0,50
Technik (Fahrzeuge, IT)	0,69	1,60
Qualitätsmanagement	0,69	1,60
Koordination Aus-/Fortbildung	0,46	1,30
Dienstplanung	0,55	1,56
Mitarbeitervertretung, Betriebs-/Personalrat	0,25	0,25
<b>Gesamt</b>	<b>11,02</b>	<b>29,39</b>
<b>gerundet</b>	<b>11</b>	<b>30</b>

*Die Aufgaben der Trägerverwaltung sind in den Gesamtstellen enthalten.*

*Die Fachabteilungen der jeweiligen Kommune erbringen Dienstleistungen für den Rettungsdienst (z.B. Personal, Gebäudewirtschaft, Finanzen). Diese Anteile sind in den oben ausgewiesenen VZÄ rechnerisch bereits enthalten.*

# Etablierung eines Telenotarzt-systems in OWL

Anhang zum Rettungsdienstbedarfsplan  
im Regierungsbezirk Detmold  
29. November 2021





## Inhaltsverzeichnis

1. Einführung .....	3
2. Bestehende Rahmenbedingungen .....	3
2.1 Begriffe .....	3
2.2 Absichtserklärung .....	4
2.3 Maastricht-Studie .....	4
2.4 Trägergemeinschaft OWL .....	5
2.5 Bestehende Voraussetzungen in OWL .....	6
3. Kriterien zum Nachweis des Bedarfs .....	7
3.1 Einsatzdaten der Trägergemeinschaft .....	7
3.2 potentiell Einsatzspektrum .....	7
3.3 sinnvolle und mögliche Einsatzbereiche in OWL .....	7
3.4 Bedarf.....	8
3.5 Bewertung .....	9
4. Notwendige Leistungen und kostenbildende Merkmale .....	10
4.1 technische Ausstattung RTW .....	10
4.2 Ausstattung und Betrieb der TNA-Zentrale .....	10
4.3 unterstützende Leistungen .....	11
4.4 Personalbedarf TNÄ, incl. Qualifizierung .....	11
4.5 Qualifikation Rettungsdienst- und Leitstellenpersonal .....	13
4.6 Kostenrelevanz.....	13
5. Perspektiven .....	14
6. Inkrafttreten und Geltungsdauer/individuelle Ausführungen .....	14
 Literatur/Quellenhinweis .....	 15
 Anlagen: Datensammlung .....	 16



## 1. Einführung

Am 11. Februar 2020 - am europäischen Tag des Notrufes - wurde in Düsseldorf die gemeinsame Absichtserklärung zum „Telenotarzt-System in Nordrhein-Westfalen (NRW)“ unterschrieben. Unterzeichnet wurde diese vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) Karl-Josef Laumann, Vertretern von Städtetag und Landkreistag NRW, Städte- und Gemeindebund NRW, Vertretern der Kostenträger AOK Nordwest, AOK Rhein-land/Hamburg, BKK LV Nordwest, IKK Classic, Knappschaft, dem Verband der Ersatzkassen und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie Vertretern der beiden Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Mit dieser Erklärung wird das langfristige Ziel einer flächendeckenden Implementierung eines Telenotarztsystems zur gemeinsamen qualitativen Weiterentwicklung des Rettungsdienstes in Nordrhein-Westfalen verfolgt. Dazu ist eine Kooperation der Kommunen – schon aus Gründen der Wirtschaftlichkeit – unerlässlich.

Zur Begleitung der weiteren konzeptionellen Schritte und zur Erprobung in einem ländlichen Raum wird hierzu zunächst ein Telenotarzt-System in Ostwestfalen-Lippe implementiert. Das Projekt wird durch eine Steuerungsgruppe unter Beteiligung der betroffenen Kommunen, des MAGS, sowie je einer Vertretung der Kostenträger und der Ärztekammer Westfalen-Lippe begleitet. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen unmittelbar in die weiteren Umsetzungsplanungen für die flächendeckende Implementierung in Nordrhein-Westfalen einfließen, so dass der weitere Ausbau zeitnah vorangetrieben werden kann.

In der für den Telenotarzt in NRW festgelegten Modellregion Ostwestfalen-Lippe haben sich die Kreise Gütersloh, Herford, Höxter, Lippe, Minden-Lübbecke und Paderborn sowie die kreisfreie Stadt Bielefeld durch öffentlich-rechtliche Vereinbarung zu einer Trägergemeinschaft Telenotarzt OWL zusammengeschlossen.

Auf der Basis der bisherigen Vorerfahrungen der Implementierung in Aachen sowie der wissenschaftlichen Ausarbeitung der Universität Maastricht wurden einheitliche Kriterien für die lokale Bedarfsermittlung bzw. Bedarfsfestlegung für das TNA-System entwickelt und vereinbart. Daran beteiligt waren Vertreter der Kommunen, des MAGS sowie der Kostenträger und der Ärztekammern.

## 2. Bestehende Rahmenbedingungen

### 2.1 Begriffe

Der Telenotarzt (TNA)<sup>1</sup> ist ein im Rettungsdienst qualifizierter, erfahrener und speziell geschulter Notarzt, der mit Hilfe von Telekommunikation, Echtzeit-Vitaldatenübertragung, Sprach- und ggf. Sichtkontakt Patienten im Regelrettungsdienst versorgt. Er arbeitet von einem Computer-Arbeitsplatz aus und kommuniziert mit dem Rettungsdienst über Mobilfunk.

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Telenotarzt“ steht im Folgenden synonym und gleichgestellt für die männliche und weibliche Form.



Das Telenotarzt-System (TNA-System) beschreibt das Zusammenwirken von technischen Komponenten und Personen aus verschiedenen Disziplinen, um bei rettungsdienstlichen Einsätzen die telenotärztliche Ressource zielgerichtet und ohne zeitlichen Verzug am Patienten einsetzen zu können. Es handelt sich um ein leitlinienorientiertes Konzept eines „holistischen“ Systems. Dabei werden die Belange des Datenschutzes, der Dokumentationsqualität, technischer Standards, der Rechtssicherheit sowie definierter Qualitätsmerkmale berücksichtigt.

Bei der Telenotarzt-Zentrale (TNA-Zentrale) handelt es sich um die Standorteinheit des TNA mit Zugriff auf das TNA-System zur Wahrnehmung der Aufgaben des Telenotarztdienstes, welche für den Standort durch den bzw. die Ärztlichen Leiter/innen Rettungsdienst (ÄLRD) festgelegt wurden.

Die Technischen Systemkomponenten eines TNA-Systems bestehen aus der stationären und mobilen Fahrzeugtechnik, aus kompatibler Medizintechnik, der TNA-Zentrale mit Logistik und Hardware sowie der Software des TNA-Systems.

## 2.2 Eckpunkte der Absichtserklärung

In der o. g. Absichtserklärung sind die wesentlichen Rahmenbedingungen zusammengestellt, die als Grundlage für den Ausbau des TNA gelten. Dies sind insbesondere

- || das Ziel, bis Ende 2022 mindestens zwei TNA-Standorte pro Regierungsbezirk im Regelbetrieb zu etablieren,
- || die Bildung einer Trägergemeinschaft,
- || die Festlegung von Standorten nach fachlichen Kriterien,
- || die Umsetzung über die jeweiligen lokalen Bedarfsplanungsverfahren.

## 2.3 Potentialanalyse Universität Maastricht

In Vorbereitung auf die landesweite Implementierung wurde eine Potentialanalyse der Universität Maastricht erstellt, die konkret insbesondere folgende Empfehlungen zur Einführung eines TNA-Systems beinhaltet (gekürzter Auszug):

- || Das Potential für eine Implementierung des TNA ergibt sich besonders bei hohen Notarzt-Quoten.
- || In NRW erscheinen TNA-Systeme zur Versorgung von 1 – 1,5 Millionen Menschen pro TNA-Gebiet, 25.000 – 30.000 NEF-Einsätzen und 10 – 30 % Potential zur Kompensation von NEF-Einsätzen sinnvoll und praktisch umsetzbar.
- || Kooperationen zwischen den Rettungsdiensten der Kreise und kreisfreien Städte sollen bei der Implementierung der TNA-Systeme berücksichtigt werden und mögliche, schon bestehende, Synergien genutzt und ausgebaut werden.
- || Dies ist auch bei der Wahl der Standorte zu bedenken und bzgl. der personellen Ressource ggf. die Nähe zu Universitätskliniken/Häusern der Maximalversorgung zu berücksichtigen.
- || Standardisierte Dokumentation und Protokollierung sollten von Beginn an Priorität haben, um qualitativ hochwertige, vergleichbare Daten zur Analyse und Qualitätssicherung im Sinne des Rettungsdienstgesetzes zu erheben. Gerade



vor dem Hintergrund des Multicenter-/Netzwerk-Gedankens für das Konzept TNA in NRW muss auf standardisierte Abläufe besonders geachtet werden. In Zukunft sollen die TNA-Zentralen als gegenseitige Redundanz-Zentralen agieren können und so bei hohem Einsatzaufkommen und Einsatzüberschneidungen jeweils Einsätze aus anderen Versorgungsgebieten übernehmen können.

- || Für den vorgenannten Punkt sind die technischen Voraussetzungen im Rahmen zukunftsfähiger Leitstellen und der Integration von Leitstellensystemen, TNA-Systemen und in der Zukunft ggf. als Schnittstelle zum kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) zu leisten. Es muss sichergestellt sein, dass Abläufe harmonisiert sind und Einsätze technisch sicher von anderen TNA-Zentralen übernommen werden können.
- || Die nötige Qualifizierung eines TNA muss landesweit definiert und eingehalten werden.

Unter Beachtung der Vorgaben zu 2.2 und 2.3 wird seit dem 07.07.2020 das Projekt „Telenotarzt-System – Modellregion OWL“ mit Vertretern der Stadt Bielefeld und des Kreises Paderborn als Kernträger der Modellregion Telenotarzt OWL sowie des Aachener Instituts für Rettungsmedizin und zivile Sicherheit (ARS) in beratender Funktion umgesetzt.

## 2.4 Trägergemeinschaft TNA OWL<sup>2</sup>

Orientiert an dem inhaltlichen Ziel in der Absichtserklärung, „[...] zur Begleitung der weiteren konzeptionellen Schritte und zur Erprobung in einer ländlichen Region [...] ein TNA-System in Ostwestfalen-Lippe zu implementieren“, wurde nach Abstimmung im Arbeitskreis Bevölkerungsschutz OWL der Aufbau einer Kooperation mit einem TNA-System an zwei Standorten in Paderborn und Bielefeld beschlossen.

Aufgrund der gebietskörperschaftsübergreifenden (tele-)notärztlichen Leistungserbringung in allen sechs Kreisen und der kreisfreien Stadt von zwei Standorten aus, ist es erforderlich, eine übergeordnete Struktur in Form einer Trägergemeinschaft zu etablieren, welche für den Betrieb und die Weiterentwicklung des TNA-Systems in der Modelregion OWL verantwortlich ist. In der Trägergemeinschaft sind alle Gebietskörperschaften des Regierungsbezirks Detmold integriert und bilden damit den einheitlichen Rahmen sowie die gemeinsame Ausgestaltung des Systems.

Der Kreis Paderborn und die Stadt Bielefeld bilden gemeinsam und gleichberechtigt den Kernträger der Gemeinschaft, dem die Geschäftsführung des TNA-Systems in OWL obliegt. Zu den Aufgaben gehören unter anderem:

- || die Sicherstellung des reibungslosen Betriebs des TNA-Systems für OWL für alle sieben Gebietskörperschaften durch vertragliche Verpflichtung eines geeigneten Systemanbieters,

---

<sup>2</sup> s. hierzu Anhang Tabelle 1



- ▮ die Akquise von telemedizinischem Personal aus allen sieben Gebietskörperschaften auf Grundlage der festgelegten Qualifikationen und Anforderungen,
- ▮ die Entwicklung, Umsetzung und Anpassung eines abgestimmten Betriebs- und Ausbildungskonzeptes zur dauerhaften Etablierung des TNA-Systems in OWL unter Berücksichtigung von finanziellen, medizinischen und technischen Rahmenfaktoren sowie
- ▮ die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems zur Absicherung und kontinuierlichen Verbesserung der Mindestqualität aller betrieblichen Leistungsprozesse, der Technikkomponenten und der Personalressourcen.

## 2.5 Bestehende Voraussetzungen in OWL

Nachfolgend aufgeführte Kriterien bieten die Ausgangsgrundlage zur Einführung eines TNA-Systems und zeigen die geeigneten Rahmenbedingungen in der Modellregion OWL:

### ▮ Versorgungsspektrum

Die sieben Gebietskörperschaften leisten im Jahr zusammen ca. 55.000 Einsätze eines Notarztsinsatzfahrzeuges (NEF) bei einem Versorgungsspektrum von mehr als zwei Millionen Einwohnern auf einer Fläche von 6.523 km<sup>2</sup> und liegen damit über den Orientierungswerten der Maastricht-Studie.

### ▮ Krankenhausversorgung

Der Versorgungsbereich des TNA-Systems im Regierungsbezirk Detmold umfasst 34 Krankenhäuser, davon sechs Maximalversorger und bietet so eine potente Krankenhauslandschaft zur Sicherstellung der Personalgestaltung eines TNA.

### ▮ Praktizierte überregionale Zusammenarbeit

Eine bereits seit längerem bestehende überregionale Zusammenarbeit zeigt sich in OWL beispielsweise an der seit 1998 geführten Trägergemeinschaft „Christoph 13“ zum Betrieb des Rettungshubschraubers und der 2019 geschlossenen Kooperationsvereinbarung der Kreis Lippe, Höxter und Paderborn über eine Zusammenarbeit im Bevölkerungsschutz inklusive einer kooperativ-technischen Zusammenarbeit der Kreisleitstellen für die Bereiche Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz. Daneben werden unter Beteiligung der OWL-Kreise zunehmend gemeinsame bedarfsorientierte Beschaffungen zur Optimierung von Einkaufsbedingungen durchgeführt.

### ▮ Hohe Standardisierung der technischen Komponenten<sup>3</sup>

Wie in Tabelle 2 dargestellt, verfügen bereits jetzt alle beteiligten Kreise sowie die Stadt Bielefeld über eine identische Leitstellensoftware bzw. befinden sich im Umstellungsprozess. Auch die Systeme des Patientenmonitoring und die digitale Dokumentation sind nahezu flächendeckend standardisiert. Eine abschließende Standardisierung wird angestrebt.

---

<sup>3</sup> s. hierzu Tabelle 2



### 3. Kriterien zum Nachweis des Bedarfs

#### 3.1 Einsatzdaten der Trägergemeinschaft

Der Nachweis des Bedarfs sowie das potentielle Einsatzspektrum des TNA basieren auf den Tabellen 3 und 4 (Anhang). Dabei wurde unter Berücksichtigung der pandemiebedingten Auswirkungen auf die Einsatzzahlen im Jahr 2020 der Bewertungszeitraum auf die Jahre 2018 bis 2020 (Durchschnittswerte) ausgeweitet.

#### 3.2 Potenzielles Einsatzspektrum

Grundsätzlich ist festzustellen, dass für die Etablierung eines neuen TNA-Systems innerhalb der Trägergemeinschaft um Akzeptanz zu werben ist. In dieser Sensibilisierungsphase soll der 24/7 vorgehaltene Telenotarzt bevorzugt bei Notfällen zum Einsatz kommen, die eine ärztliche Mitbeurteilung oder eine medikamentöse Notfalltherapie erfordern. Im Regelfall erfolgt dies auf Hilfeanforderung der RTW-Besatzungen. Ein weiteres frühes Einsatzspektrum stellt die Begleitung vital stabiler Patienten bei Verlegungstransporten dar. Daneben soll der Telenotarzt überbrückende Hilfe leisten, wenn es zu einem zeitverzögerten Einsatz des bodengebundenen Notarztes kommt.

Der flächendeckende Rollout des TNA-Systems in der Modellregion OWL setzt voraus, dass während des Testbetriebs eine wissenschaftliche Evaluierung durchgeführt wird. Dadurch können die Stärken des Systems herausgestellt und etwaige Fehler aufgedeckt werden. Dies führt zu einer Verbesserung der Prozessabläufe und dem notwendigen Akzeptanzgewinn. Erst im Rahmen der dann anstehenden Rettungsdienstbedarfsplanungen kann von den nach RettG NRW zuständigen Trägern des Rettungsdienstes entschieden werden, in welchem Umfang auf die bemessenen bodengebundenen NEF-Vorhaltezeiten das dann etablierte TNA-System angerechnet werden kann.

#### 3.3 Sinnvolle und mögliche Einsatzbereiche in OWL

Auf Grundlage der Erfahrungswerte des TNA-Systems, das seit 2014 in der Städteregion Aachen in Betrieb ist und inzwischen auch von den benachbarten Rettungsdienstbereichen Euskirchen und Heinsberg in Anspruch genommen wird, konnten Prognosen für künftige Einsatzbereiche und -zahlen ermittelt werden. Auf der Basis von Näherungswerten wurden die notwendigen Voraussetzungen anhand des Bedarfs bewertet. Dabei standen neben der Optimierung der Patientenversorgung die Aspekte Qualitätsverbesserung und Ressourcenschonung im Vordergrund.

Bei der Ermittlung und Definition der Näherungswerte wurden zwei Besonderheiten beachtet, die zu einem eher defensiven Ansatz führten:



- || Das System in OWL befindet sich im Aufbau und wird sein volles Potenzial erst nach einer gewissen Zeit ausschöpfen können.
- || Die Qualifikation zum Notfallsanitäter und die damit verbundene Kompetenzsteigerung gegenüber dem Rettungsassistenten wird die bisherigen Erkenntnisse beeinflussen.

Im Ergebnis führte dies zu der in Tabelle 4 dargestellten Unterscheidung zwischen geringen (1%) und moderaten (3%) Einsparpotentialen.

### 3.4 Bedarf

Ausgehend von den Mindestanforderungen und Empfehlungen der Maastricht-Studie und den bestehenden örtlichen Gegebenheiten in OWL<sup>4</sup> ergibt sich im Regierungsbezirk Detmold ein Bedarf von einem TNA-System.

Dieses System wird aufgrund der lokalen Verhältnisse auf zwei TNA-Standorte aufgeteilt, die in Bielefeld und Paderborn liegen.

Hierzu richten die Stadt Bielefeld und der Kreis Paderborn (Kernträger) in ihren Einheitlichen Leitstellen für den Brandschutz, die Hilfeleistung, den Katastrophenschutz und den Rettungsdienst technisch und inhaltlich identische Arbeitsplätze ein, die neben einer entsprechenden Redundanz bei Ausfall des anderen Standortes auch ausreichend Kapazität für die Ausbildung von neuen TNÄ bieten. Die Besetzung des Gesamtsystems erfolgt 24/7 an 365 Tagen im Jahr.

Der Start des TNA-Systems OWL wird zunächst an dem Standort in Bielefeld erfolgen.

Mit dem Start sollen zunächst jeweils drei Rettungsmittel der Kernträger ausgestattet werden. Innerhalb der folgenden sechs Monate werden alle sieben Gebietskörperschaften mit jeweils mindestens drei Rettungsmittel (insgesamt mindestens 21 Rettungsmittel) ins TNA-System eingebunden.

Sukzessive wird die Anzahl der eingebundenen Rettungsmittel in ganz OWL abhängig von weiteren Rahmenparametern (vornehmlich Abschreibungszeiträume für Medizin- und Fahrzeugtechnik) steigen. Parallel zum Aufwuchs der ausgestatteten Fahrzeugflotte und in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme erfolgt die Inbetriebnahme der zweiten TNA-Standorteinheit in Paderborn.

Von folgenden Anbindungen weiterer Rettungsmittel in den Folgejahren ist auszugehen:

Jahr	Voraussichtlich neu <u>hinzukommende Rettungsmittel</u>
2022 – Probetrieb	6
2022 – Produktivstart	15
ab 2022	20
2023	25

<sup>4</sup> S. hierzu Tabellen 1, 3 und Ziff. 2.5



2024	25
2025	25
2026	14
Summe	130

Im Endausbau sind nach aktuellen Zahlen basierend auf den Bedarfsplanungen der Träger der Rettungsdienste im Regierungsbezirk Detmold 130 Rettungsmittel für die Einbindung in das TNA-System vorgesehen.

Die Mengen orientieren sich an den geplanten Ertüchtigungen / Ersatzbeschaffungen an Rettungsmitteln in den nächsten Jahren. Diese kalkulierten Mengenangaben können aufgrund derzeit nicht vorhersehbarer Ereignisse (z. B. unfallbedingter Totalschaden an einem Rettungsmittel, notwendige Verschiebung der Ertüchtigungen auf nachfolgende Jahre) nach oben oder unten abweichen. Die Summe ist gegebenenfalls an die aktuelle Bedarfsplanung anzupassen.

### 3.5 Schlussfolgerungen/Bewertungen

Die zur Verfügung gestellten Daten der Trägergemeinschaft TNA-OWL erlauben folgende Schlüsse auf Qualitätsverbesserungen innerhalb des Rettungsdienstbereiches:

- || Die Verkürzung des notarztfreien Intervalls in ca. 8.800 Einsätzen ist zu erwarten (Anmerkung: Daten aus fünf von sieben Gebietskörperschaften, s. Tabelle 3: Anzahl Einsätze mit verzögerter Eintreffzeit NEF).
- || Insgesamt ist durch die systemische Anpassung eine Übernahme von bis zu zehn Prozent (ca. 4.700 Einsätze) der NEF-Einsätze über das TNA-System vorgesehen. Diese Zahl ergibt sich aus der moderaten TNA-Einsatzhäufigkeit bereinigt um überbrückende Einsätze und der potentiellen Reduzierung der Notarztbeteiligung bei Sekundäreinsätzen (Tabelle 4).
- || Bezogen auf die Anzahl der Gesamteinsätze mit und ohne Sondersignal, Status 3 beträgt die Übernahmequote bis zu 15 Prozent (ca. 6.900 Einsätze).
- || Ca. 7.800 Sekundärtransporte können strukturiert über den TNA-Arbeitsplatz abgeklärt werden und zu einer ressourcenschonenderen Disposition führen (siehe Tabelle 4: Abklärung Sekundärtransporte durch TNA).

Ein etabliertes TNA-System soll perspektivisch zu einer Ressourcenschonung beitragen, da es dazu führt, dass bisher grenzwertig ausgelastete Notarztsysteme eine Entlastung erfahren. Dies kann zu einer höheren Verfügbarkeit der vorhandenen Notarztsysteme führen.

Auf Grund der vorhandenen Struktur der Rettungsdienstbereiche ist eine Reduzierung der Notarzt-Quote von 44 Prozent auf ca. 40 Prozent bei geringer bis moderater Inanspruchnahme des TNA zu erwarten. Die in Tabelle 3 dargestellte Notarztquote 2 (auf Basis der Einsatzzahl Notfallrettung mit und ohne Sondersignal) reduziert sich in vergleichbarem Umfang auf ca. 24 Prozent. Die Erfahrungen aus bestehenden TNA-



Systemen zeigen, dass sich bei Etablierung und Akzeptanz höhere Inanspruchnahmen einstellen (vgl. Aachen: 10 Prozent TNA-Beteiligung an Gesamteinsätzen vs. 3 Prozent kalkulierter Inanspruchnahme im System OWL).

Ausgehend von 3.641 notarztbegleiteten Sekundäreinsätzen (Tabelle 3) und einer erwarteten Reduzierungsquote von 30 % ist eine Verminderung der Notarztbegleitung um ca. 1.100 NEF-Einsätze zu erwarten (siehe Tabelle 4: Potenzielle Reduzierung Notarztbeteiligung an Sekundäreinsätzen). Dies bedeutet vor allem in ländlichen Regionen eine erhebliche Ressourcenschonung durch eine geringere Beanspruchung der Regelnotarztsysteme für Sekundäreinsätze.

#### **4. Notwendige Leistungen und kostenbildende Merkmale**

Der Umfang der notwendigen Leistungen zur Inbetriebnahme und Aufrechterhaltung eines TNA-Systems ist anhand der kostenbildenden Merkmale zu bestimmen. Diese setzen sich aus den Komponenten Personal- und Sachkosten zusammen und müssen entsprechend der regionalen Gegebenheit detailliert betrachtet werden. Die Ausgestaltung des Inhalts und Umfangs der notwendigen Leistungen kann abhängig vom Technik-Anbieter variieren.

##### **4.1 Technische Ausstattung RTW<sup>5</sup>**

Die technische Ausstattung der Fahrzeuge umfasst

- ▮ die Beschaffung irreversibler Hardware (Antennenset, Videokamera inkl. Halterung) und den Einbau der irreversiblen und reversiblen Komponenten,
- ▮ die Beschaffung reversibler Hardware (Thermodrucker, Printserver, Smartphone, stationäre Übertragungseinheit, mobile Übertragungseinheit für die Übertragung außerhalb des RTW, Bluetooth Headsets, WLAN Access Point),
- ▮ die Instandhaltung der beschriebenen Technik bzw. Anpassung an den aktuellen Stand,
- ▮ die Geräteaktualisierung bei Bedarf (Abkündigung von Geräteversionen, Sicherstellung der Kompatibilität),
- ▮ den Umbau und die Abnahme der ausgestatteten Rettungsmittel durch die Trägergemeinschaft,
- ▮ die Vorhaltung von maximal zwei Komplettsystemen für den Austausch als Redundanz,
- ▮ den Austausch von vorgehaltenen Komponenten innerhalb von 48 Stunden ab Schadensmeldezeitpunkt.

##### **4.2 Ausstattung & Betrieb der Telenotarztzentralen**

Die Ausstattung und der Betrieb der TNA-Zentralen umfassen

---

<sup>5</sup> Die Abbildung der kostenbildenden Merkmale erfolgt textreduziert.



- || die Bereitstellung von Räumlichkeiten der TNA-Zentrale,
- || die Sicherstellung der Betriebsbereitschaft des Gesamtsystems,
- || die Beschaffung der notwendigen Hardware (Rechnereinheiten, Monitore, Büromöbel Leitstellen-Standard, Ein-/Ausgabegeräte, Redundanz-Technik, Drucker, Bereitschaftstelefon, Ruhe-Möglichkeiten),
- || die Beschaffung und Bereitstellung der betriebsbereiten Software des Anbieters des TNA-Systems,
- || den Kauf notwendiger Lizenzen von Arbeitsplatzsoftware, Anbindung an Leitstellensysteme,
- || die Konfiguration, Testung, Abnahme des Gesamtsystems.

#### 4.3 Unterstützende Leistungen

Die Etablierung des TNA als Rettungsmittel in den bestehenden Rettungsdienst erfordert organisatorische Änderungen. Dazu zählen u. a. die Einführung eines Dienstmodells der TNÄ sowie die Anpassung und Etablierung von Verfahrenshinweisen für das Rettungsdienstfachpersonal unter Einbindung des TNA. Der lokale Notarztindikationskatalog und die Alarm- und Ausrückeordnung der RTW's und NEF's sind anzupassen.

Im Bereich des technischen Supports (24/7) ist ein Rückmelde-/ Ticketsystem zur Übermittlung technischer Probleme/Defekte durch den TNA an den Anbieter erforderlich. Neben dem Stufenkonzept des Supportumfangs muss das Gesamtsystem regelmäßig gewartet werden.

Zur Sicherstellung der Anforderungen an das Qualitätsmanagement entsprechend der Vorgaben des Rettungsgesetzes NRW (RettG NRW) sind folgende Merkmale notwendig:

- || das Abrufen von tagesaktuellen Daten des geforderten Reportings,
- || die Bereitstellung der Daten über einen Export in einen für andere Programme lesbaren Standard (z.B. SQL-Standard), die Möglichkeit der Anpassung von Parametern aufgrund von Änderungen medizinischer Leitlinien oder gesetzlicher Vorgaben,
- || die Bereitstellung von Daten zur Beteiligung an einem überregionalen TNA-Einsatzdatenregister über einen industrieüblichen Standard (z.B. SQL-Standard),
- || die Etablierung eines übergreifenden Qualitätsmanagements in Abstimmung mit den ÄLRD der Trägergemeinschaft
  - || Datenbereitstellung, -aufarbeitung, -analyse,
  - || Personalführung und Mitarbeitergespräche,
  - || Supervision.

#### 4.4 Personalbedarf TNÄ incl. Qualifizierung



Das Personal, das die Aufgaben des TNA-Dienstes umsetzt und unmittelbar für die Abarbeitung von primären Rettungsdienst-Einsätzen, sekundären Verlegetransporten sowie weiteren Aufgaben (wie der Abklärung von Interhospitaltransporten etc.) zuständig und verantwortlich ist, muss eine hoch qualifizierte Ressource sein. Eine qualitativ hochwertige Aus- und Fortbildung sowie eine zukunftsorientierte Aufstellung sind neben den kontinuierlichen praxisorientierten Fortbildungen die entscheidenden Parameter. Die Personalqualifikation erfolgt entsprechend des Curriculums zur Erlangung des „Zertifikats Telenotarzt“ nach Vorgaben der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Entsprechende Kursangebote sind über die jeweiligen Akademien verfügbar.

Es wurde ein 28 Stunden dauerndes Fortbildungs-Curriculum definiert, welches nach erfolgreich bestandener Lernerfolgskontrolle die Führung des ankündigungsfähigen Zertifikats „Qualifikation Telenotarzt“ erlaubt. Als Zielgruppe wurde im klinischen oder rettungsdienstlichen Einsatz und in der eigenverantwortlichen Führung von Personen und in Strukturen besonders erfahrene Notärzte (z. B. Oberarzt, Ltd. Notarzt) festgelegt. Auch die Eingangsvoraussetzungen zur Teilnahme am Qualifikations-Curriculum sind definiert:

- Nachweis der Anerkennung als Facharzt in einem Gebiet mit unmittelbarem Bezug zur klinischen und rettungsdienstlichen Notfall- und Intensivmedizin sowie der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin,
- Zusatzweiterbildung Notfallmedizin einer Ärztekammer,
- Nachweis von mindestens zwei Jahren regelmäßiger und andauernder Tätigkeit als Notarzt, mind. jedoch 500 eigenständig absolvierte Notarzteinsätze einschl. Interhospital-Intensivtransporte nach Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin,
- Kurs Interhospitaltransport nach DIVI-Empfehlung, alternativ gleichwertige Erfahrung im Interhospitaltransport.

Die fachliche Grundlage, insbesondere für den Bereich der technischen und strukturellen Empfehlungen für den Bereich der Telenotfallmedizin, finden sich in der aktuell noch gültigen S1-Leitlinie „*Telemedizin in der prähospitalen Notfallmedizin: Strukturempfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie & Intensivmedizin (DGAI)*“ aus dem Jahr 2016.

Eine Aktualisierung und Upgrade dieser Leitlinie auf eine S2e-Leitlinie „*prähospitaler Telemedizin in der Notfallmedizin*“ wird derzeit durch das Aachener Institut für Rettungsmedizin & zivile Sicherheit (ARS) unter der AWMF-Nr. 001-037 begleitet, eine Veröffentlichung wird für 2022 erwartet.

Die Personalkalkulation beruht auf der Annahme einer 24/7-Besetzung an 365 Tagen im Jahr. Aus der Anzahl der im Bedarfsplan festgeschriebenen Telenotarztstandorte, den Vorhaltestunden und den weiteren personalbedarfswirksamen Leistungen ergibt sich die Summe der Funktionsstellen für Telenotärztinnen und -ärzte.



Die Anzahl der Funktionsstellen ist mit dem jeweiligen Personalfaktor zu multiplizieren. Für die Berechnung des Personalfaktors ist neben der Kenntnis der Vorhaltestunden die durchschnittliche Netto-Arbeitszeit der Telenotärztinnen und -ärzte erforderlich. Die Netto-Arbeitszeit berücksichtigt u.a. Ausfallzeiten durch Urlaub, Krankheit, Fortbildung, Familienförderung etc.

Die Besetzung dieser Funktionsstellen hat mit einer ausreichend hohen Anzahl an qualifizierten Personen zu erfolgen, damit eine ausfallsichere Besetzung der TNA-Funktion gewährleistet werden kann. Auf diese Weise kann flexibel auf Veränderungen, beispielsweise bei der Ausfallzeitenstruktur der Telenotärztinnen und -ärzte, reagiert werden.

Die Feststellung der jeweiligen Netto-Jahresarbeitszeit sowie der weiteren personalwirksamen Leistungen und damit des Personalbedarfs (als kostenbildende Größe) erfolgt jährlich im Rahmen der Betriebskostenabrechnung der Kernträger mit den Mitgliedern der Trägergemeinschaft.

Eine Weitergabe der Arztstellung an einen Anbieter ist grundsätzlich möglich.

#### 4.5 Qualifikation Rettungsdienst- und Leitstellenpersonal

Die Qualifizierung des rettungsdienstlichen Personals erfolgt vor Inbetriebnahme des Systems und umfasst folgende Bereiche:

- || Unterweisung in die technischen Komponenten des Systems,
- || Geräteeinweisung der Hard-/Software im RTW,
- || Vermittlung von Grundlagen des Ablaufs und der Anforderungen an einer Telekonsultation einschl. technisches Fehlermanagement,
- || Schulung von Anwendungsfeldern der Telekonsultation (Grenzen & Möglichkeiten)

Hierfür sind je Rettungsdienstmitarbeiter mindestens acht Stunden Erst-Schulung und im Folgenden vier Stunden pro Jahr Folgeschulung einzuplanen.

Die Schulung des Personals der Leitstelle sollte folgende Bereiche umfassen:

- || Vermittlung von Kenntnissen der Schnittstelle zwischen TNA- und Leitstellensystem (Status/Kennung des TNA, Notarznachforderung durch TNA),
- || Schulung der Arbeitsprozesse (Ablauf einer Verlege-Abklärung),
- || Vermittlung von Grundlagen zur Festlegung von Ressourcen für Sekundärtransporte durch den TNA.

Hierfür sind je Leitstellenmitarbeiter mindestens vier Stunden Erst-Schulung einzuplanen.



#### 4.6 Kostenrelevanz

Das Telenotarztsystem stellt ein kostenbildendes Qualitätsmerkmal des Rettungsdienstes dar. Im Rahmen der Projektarbeit wurde eine Grobkalkulation als Grundlage für eine differenzierte Kostenübersicht erstellt, die konsentiert wurde. Dabei gilt zu beachten, dass in den Jahren 2022 und 2023, in denen der Wirkbetrieb startet, die meisten – vor allem investiven – Kosten anfallen. Dies sind insbesondere die Kosten für die Einrichtung der Arbeitsplätze, einschließlich Ruhebereich, für die IT-Technik (Hard- und Software) sowie die Ausstattung der Rettungsmittel. Zu den laufenden Kosten zählen vor allem die Personalkosten der Telenotärzte sowie die Aufwendungen für die Qualifikation und Fortbildung des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals.

Die öffentlich-rechtliche Vereinbarung TNA OWL trifft detaillierte Regelungen zur Definition der Kostenarten und deren Aufteilung auf die Vereinbarungspartner. Sämtliche Betriebskosten (Personalkosten für die Telenotärztinnen und -notärzte, Kosten für die TNA-Arbeitsplätze, die erforderliche Hardware und Software sowie die erforderliche Schnittstelle zum Einsatzleitrechner und das Mobiliar, Kosten für Administration und technischen Support, Rechtsanwalts- und Gerichtsgebühren, allgemeine Verbrauchskosten wie etwa Büroartikel und die Kosten für die Haftpflichtversicherung) werden den Kernträgern durch die Mitglieder der Trägergemeinschaft erstattet.

Die Berechnung des Betriebskostenanteils eines Vereinbarungspartners erfolgt anhand eines Schlüssels, der sich aus der Anzahl der RTW-Einsätze ohne Beteiligung eines bodengebundenen Notarztes / einer bodengebundenen Notärztin bzw. des Rettungshubschraubers der letzten drei Jahre und der Einwohnerzahl der jeweiligen Gebietskörperschaft im Verhältnis 50 zu 50 errechnet. Eine Neubewertung bzw. Anpassung der Berechnungsgrundlage findet alle drei Jahre statt. Die 50prozentige Gewichtung der Einwohnerzahl im Berechnungsschlüssel soll eine nutzungsunabhängige Kostenverteilung sicherstellen.

Die Kosten der Ausrüstung seiner Rettungsmittel und seiner Leitstelle auf das Telenotarztsystem und die daraus resultierenden laufenden Kosten trägt jedes Mitglied der Trägergemeinschaft selbst.

Über die Kostenkalkulation und die Endabrechnung ist in der Trägergemeinschaft zu berichten.

## 5 Perspektiven

Vor dem Hintergrund der landesweiten Zielsetzung einer flächendeckenden Implementierung des TNA in Nordrhein-Westfalen wird mit der Inbetriebnahme in OWL der Grundstein für die Erfahrungsbildung in einer ländlichen Region gesetzt. Auf Grundlage erster Ergebnisse aus dem Betrieb können Anpassungsbedarfe ermittelt und Nachsteuerungen vorgenommen werden, um eine stufenweise Erweiterung des Produktivsystems auf weitere Standorte im Regierungsbezirk – sofern Bedarf besteht – zu ermöglichen.



## 6 Inkrafttreten und Geltungsdauer

Der Rettungsdienstbedarfsplan ist gemäß § 12 Abs. 5 Rettungsdienstgesetz NRW (RettG NRW) kontinuierlich, spätestens alle 5 Jahre, zu überprüfen. Die letzte Fortschreibung erfolgte am 02.07.2018 durch entsprechenden Beschluss des Kreistages. Der vorliegende Anhang dient der Ergänzung des bestehenden Rettungsdienstbedarfsplanes.

### Literatur/Quellenhinweis

- ▮ Land NRW. Absichtserklärung zum „Telenotarzt-System in Nordrhein-Westfalen“. 2020
- ▮ Römer F. The upscaling of a tele-EMS physician system in North-Rhine Westphalia: A quantitative, scenario building approach. Maastricht University; 2019
- ▮ Ärztekammer N, Ärztekammer W-L. Curriculum Qualifikation Telenotarzt der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Münster; 2020



## Anlagen

<b>Tabelle 1: Strukturdaten</b>	<b>Stadt Bielefeld</b>	<b>Kreis Gütersloh</b>	<b>Kreis Herford</b>	<b>Kreis Höxter</b>	<b>Kreis Lippe</b>	<b>Kreis Minden- Lübbecke</b>	<b>Kreis Paderborn</b>	<b>Summe</b>
<b>Einwohnerzahl</b>	332.552	371.713	250.547	142.133	348.730	310.710	307.839	<b>2.064.224</b>
<b>Hilfsfrist</b> (in Minuten)	8:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00 (Kernstadt PB 8:00)	
<b>Anzahl NEF 24/7</b> (ohne Spitzenabdeckung und Reserve)	2	4	3	5	4	5	5	<b>28</b>
<b>Anzahl NEF temporär</b> (ohne Spitzenabdeckung und Reserve)	1 4.380 h	1 3.598 h	1 4.380 h	0	1 2.607 h	0	1 3.120 h	<b>5</b> <b>18.085 h</b>
<b>Anzahl RTW 24/7</b>	11	14	9	7	15	16	15	<b>87</b>
<b>Verlege-Notarzt</b> (temporär, Angabe in h)	1 4.365 h	0	0	0	1 2.607 h	0	0	<b>2</b> <b>6.972 h</b>
<b>Krankenhäuser im RD-Bereich</b>	6	5	3	5	2	6	7	<b>34</b>
<b>davon Maximalversorger</b>	1	0	1	0	2	1	1	<b>6</b>

<b>Tabelle 2: Technische Komponenten</b>	<b>Stadt Bielefeld</b>	<b>Kreis Gütersloh</b>	<b>Kreis Herford</b>	<b>Kreis Höxter</b>	<b>Kreis Lippe</b>	<b>Kreis Minden- Lübbecke</b>	<b>Kreis Paderborn</b>
<b>Leitstellen- software</b>	ISE Cobra C4	ISE Cobra C4	ISE Cobra C4	ISE Cobra C4	ISE Cobra C4	<b>CKS Celios 7</b> Umstellung auf ISE Cobra 4 geplant	ISE Cobra C 4
<b>Patienten- monitoring</b>	Corpuls C3, Medumat Standard <sup>2</sup> , Medumat Transport in Planung mit MedDV Nida	Corpuls C3, Medumat Standard <sup>2</sup> und Medumat Transport gekoppelt mit MedDV Nida	Corpuls C3, Medumat Standard <sup>2</sup> und Medumat Transport gekoppelt mit MedDV Nida	Corpuls C3, Medumat Standard <sup>2</sup> und Medumat Transport	Corpuls C3, Medumat Standard <sup>2</sup> und Medumat Transport gekoppelt mit MedDV Nida	Corpuls C3, Medumat Standard, Medumat Standard 2, Medumat Transport in Planung mit MedDV Nida	Corpuls C3, Medumat Standard <sup>2</sup> und Medumat Transport gekoppelt mit MedDV Nida
<b>Digitale Dokumentation</b>	MedDV Nida in Vorbereitung	MedDV Nida	MedDV Nida	MedDV Nida in Vorbereitung	MedDV Nida	Stadt Minden: CKS CEUS	MedDV Nida



<b>Tabelle 3: Einsatzdaten der potentiellen Trägergemein- schaft</b>	<b>Stadt Bielefeld</b>	<b>Kreis Gütersloh</b>	<b>Kreis Herford</b>	<b>Kreis Höxter</b>	<b>Kreis Lippe</b>	<b>Kreis Minden- Lübbecke</b>	<b>Kreis Paderborn</b>	<b>Summe</b>
<b>Einsatzzahl Notfallrettung (RTW gesamt)<sup>1</sup></b>	<b>30.575</b>	<b>16.818</b>	<b>18.213</b>	<b>9.608</b>	<b>17.109</b>	<b>19.189</b>	<b>15.123</b>	<b>126.635</b>
<b>Einsatzzahl Notfallrettung (RTW gesamt)<sup>2</sup></b>	<b>38.169</b>	<b>34.485</b>	<b>26.157</b>	<b>11.419</b>	<b>34.685</b>	<b>30.000*</b>	<b>29.630</b>	<b>204.545</b>
<b>davon mit NEF-Beteiligung (gesamt)</b>	<b>8.754</b>	<b>7.757</b>	<b>7.870</b>	<b>4.338</b>	<b>9.196</b>	<b>8.114</b>	<b>8.826</b>	<b>54.855</b>
<b>davon mit RTH -Beteiligung</b>	<b>842</b>	<b>142</b>	<b>43</b>	<b>27</b>	<b>169</b>	<b>28</b>	<b>58</b>	<b>1.309</b>
<b>Notarztquote 1<sup>3</sup> (in %)</b>	<b>31%</b>	<b>47%</b>	<b>43%</b>	<b>45%</b>	<b>55%</b>	<b>42%</b>	<b>59%</b>	<b>44%</b>
<b>Notarztquote 2<sup>4</sup> (in %)</b>	<b>25%</b>	<b>22%</b>	<b>30%</b>	<b>38%</b>	<b>27 %</b>	<b>27%**</b>	<b>30 %</b>	<b>28%</b>
<b>Sekundärtransporte (ohne KTW)</b>	<b>734</b>	<b>607</b>	<b>937</b>	<b>838</b>	<b>603</b>	<b>2.324</b>	<b>1.704</b>	<b>7.747</b>
<b>davon mit Notarzt- Begleitung</b>	<b>366</b>	<b>572</b>	<b>470</b>	<b>273</b>	<b>581</b>	<b>474</b>	<b>905</b>	<b>3.641</b>
<b>Anzahl Einsätze mit verzögerter Eintreffzeit NEF (gesamt)</b>	<b>2.889</b>	<b>k.A.</b>	<b>1.319</b>	<b>1.059</b>	<b>2.506</b>	<b>k.A.</b>	<b>986</b>	<b>8.759</b>

Nähere Erläuterungen zum Nachweis des Bedarfs sind in Kapitel 3 des Bedarfsplans dargestellt.  
Die Werte beziehen sich auf den Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020.

- 1) bei der Einsatzzahl Notfallrettung zählen alle hilfsfristrelevanten Einsätze der RTW (mit Sonderrechten) mit Status 3
- 2) bei der Einsatzzahl Notfallrettung zählen alle Einsätze der RTW (mit und ohne Sonderrechten) mit Status 3
- 3) als Notarztquote 1 ist hier der Anteil der Einsätze der Notfallrettung RTW mit SoSi und NEF-Beteiligung mit Status 3 zu verstehen
- 4) als Notarztquote 2 ist hier der Anteil der Einsätze der Notfallrettung RTW mit und ohne SoSi sowie NEF-Beteiligung mit Status 3 zu verstehen

\* geschätzter Wert auf Basis der Einsatzzahlen aller Gebietskörperschaften

\*\* Ergebnis aus geschätzter Einsatzzahl



**Tabelle 4:**  
Näherungswerte bezugnehmend auf sinnvolle und mögliche Einsatzbereiche für den TNA

Einsatzart	Stadt Bielefeld	Kreis Gütersloh	Kreis Herford	Kreis Höxter	Kreis Lippe	Kreis Minden-Lübbecke	Kreis Paderborn	Summe
<b>Primäreinsätze TNA<sup>1</sup></b> (vgl. Indikationen S1-Leitlinie)	gering 306	gering 168	gering 182	gering 96	gering 171	gering 192	gering 151	gering 1.266
	<b>moderat 917</b>	<b>moderat 505</b>	<b>moderat 546</b>	<b>moderat 288</b>	<b>moderat 513</b>	<b>moderat 576</b>	<b>moderat 454</b>	<b>moderat 3.799</b>
<b>Sekundäreinsätze TNA<sup>2</sup></b> (vgl. Indikationen S1-Leitlinie)	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>70</b>	<b>51</b>	<b>232</b>
<b>Abklärung Sekundärtransporte</b>	<b>734</b>	<b>607</b>	<b>937</b>	<b>838</b>	<b>603</b>	<b>2.324</b>	<b>1.704</b>	<b>7.747</b>
<b>Rechtliche Abklärung</b> (z.B. Transport-Verweigerung/-Verzicht)	gering 24	gering 13	gering 15	gering 8	gering 14	gering 15	gering 12	gering 101
	<b>moderat 73</b>	<b>moderat 40</b>	<b>moderat 44</b>	<b>moderat 23</b>	<b>moderat 41</b>	<b>moderat 46</b>	<b>moderat 36</b>	<b>moderat 304</b>
<b>Potentielle Reduzierung Notarztbegleitung bei Sekundäreinsätzen<sup>3</sup></b>	<b>110</b>	<b>172</b>	<b>141</b>	<b>82</b>	<b>174</b>	<b>142</b>	<b>272</b>	<b>1093</b>

<sup>1</sup> ggf. zu ersetzen durch eine prozentuale Berücksichtigung der NEF-beteiligten Einsätze

<sup>2</sup> moderate Reduzierung (3%) der Anzahl „Abklärung Sekundärtransporte“

<sup>3</sup> Anteil Reduzierung Notarztbeteiligung 30 % (Erfahrungswert aus Aachen)

Anlage 3 – Notfallaufnahmebereiche



ÄLRD – VA Notfallaufnahmebereiche  
**Deckblatt**

Verfahrensanweisung (VA) >>Notfallaufnahmebereiche<<	<b>Gültig ab:</b> <b>01.04.2023</b>  <b>geplante Revision:</b> <b>31.03.2025</b>
---	--

Verteiler	zur Beachtung	zur Kenntnis
Kreis Gütersloh, Dezernat 6 (Ordnung, Gesundheit, Bevölkerungsschutz)		X
Kreis Gütersloh, Abteilung 6.3 (Bevölkerungsschutz)		X
Kreis Gütersloh, Sachgebiet 6.3.4 (Kreisleitstelle)	X	
Kreis Gütersloh, Sachgebiet 6.3.3, alle Rettungswachen	X	
Stadt Gütersloh, Feuer- und Rettungswache	X	
Stadt Rheda-Wiedenbrück, Feuer- und Rettungswache	X	
Notarztstandorte im Kreis Gütersloh	X	
HiOrg über 6.3	X	
Abteilung 6.2 (Gesundheit)		X
Krankenhäuser im Kreis Gütersloh		X

Rettungsschdienst

## ÄLRD – VA Notfallaufnahmebereiche

### Kurzbeschreibung der präklinischen VA

Rettungsdienstliche Vorgehensweise zur Zuweisung von Notfallpatienten\*  
im Kreis Gütersloh

#### 1. Patienten, bei denen die VA gelten soll

Alle Patienten der Notfallrettung und des Krankentransports mit Einsatzort im Kreis Gütersloh, die einem Krankenhaus zuzuführen sind.

#### 2. Mitarbeiter, für die die VA verbindlich ist

Alle Notärzte\* und alle nichtärztlichen Mitarbeiter\* im Rettungsdienst innerhalb des Kreises Gütersloh

#### 3. Ziel der VA

- a) Umsetzung des gesetzlichen Auftrags
- b) Festlegung objektiver Kriterien für das Fahren „nach Einzug“ zum nächsten geeigneten Krankenhaus
- c) gerechte Lastenverteilung für die Krankenhäuser im Kreis Gütersloh mit dem Ziel möglichst geringer Überlastungssituationen
- d) Vermeidung unnötiger Fahrt- und Wartezeiten für den Rettungsdienst

#### 4. Beschreibung des Vorgehens

##### a) Grundlagen und Einteilung

Im Kreis Gütersloh befinden sich 4 somatische Akutkrankenhäuser

- i. Klinikum Halle
- ii. Klinikum Gütersloh
- iii. St. Elisabeth-Hospital Gütersloh
- iv. St. Vinzenz-Hospital Rheda-Wiedenbrück,

mit denen der Rettungsdienst zusammenarbeitet. Das Gebiet des Kreises Gütersloh wird in 4 Bereiche (Nord, West, Ost, Süd)

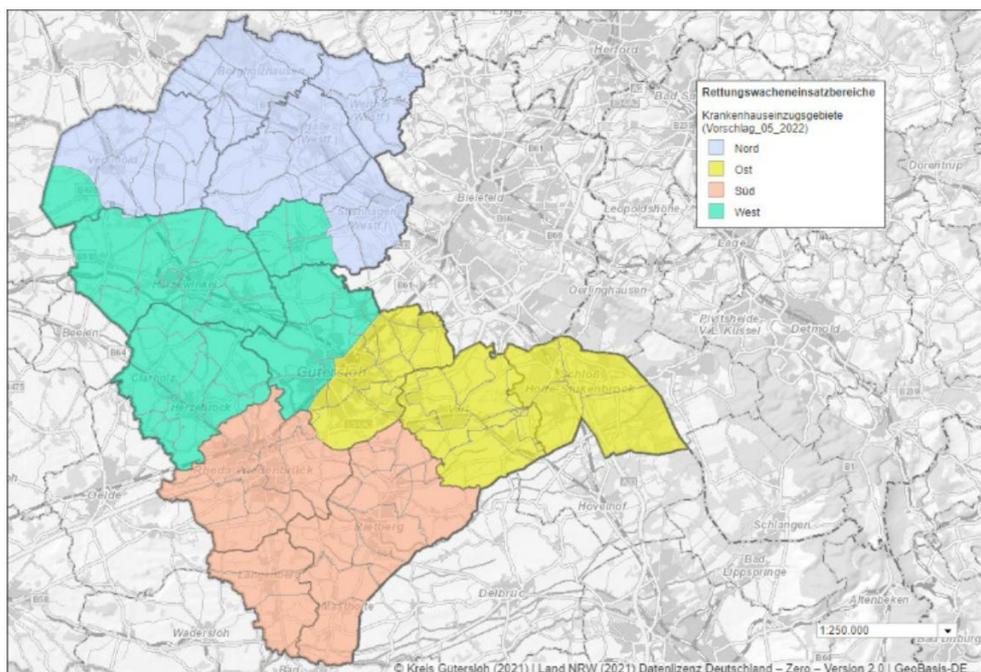
## ÄLRD – VA Notfallaufnahmebereiche

unterteilt, und jedes der 4 Krankenhäuser ist dem Grunde nach für einen dieser 4 Notfallaufnahmebereiche zuständig:

- ▮ Nord: Klinikum Halle
- ▮ West: St. Elisabeth-Hospital Gütersloh
- ▮ Ost: Klinikum Gütersloh
- ▮ Süd: St. Vinzenz-Hospital Rheda-Wiedenbrück

Grundsätzlich sollen alle vom Rettungsdienst versorgten und transportierten Patienten den Krankenhäusern gemäß dieser Zuordnung zugeführt werden. Maßgeblich ist der Einsatzort, nicht der Wohnort.

Notfallaufnahmebereich	Zuständiges Krankenhaus	zugehörige Gebiete im Kreis Gütersloh
<b>Nord</b>	<b>Klinikum Halle</b> (Grund- u. Regelversorgung)	Borgholzhausen, Halle, Steinhagen (ohne Brockhagen), Vermold (ohne Peckeloh), Werther
<b>West</b>	<b>St. Elisabeth-Hospital Gütersloh</b> (Schwerpunktversorgung)	westliches Gütersloh, Harsewinkel, Herzebrock-Clarholz, Ortsteil Brockhagen der Gemeinde Steinhagen, Ortsteil Peckeloh der Stadt Vermold
<b>Ost</b>	<b>Klinikum Gütersloh</b> (Schwerpunktversorgung)	östliches Gütersloh, Schloß Holte-Stukenbrock, Verl
<b>Süd</b>	<b>St. Vinzenz-Hospital Rheda-Wiedenbrück</b> (Grund- u. Regelversorgung)	Langenberg, Rheda-Wiedenbrück, Rietberg



## ÄLRD – VA Notfallaufnahmebereiche

Für den Fall, dass sämtliche Krankenhäuser im Kreis Gütersloh sowie nahe gelegene Kliniken ausgelastete Kapazitäten anzeigen, soll der Transport zum zuständigen, wenn auch ebenfalls ausgelasteten Krankenhaus erfolgen. Dieses Krankenhaus hat die Übernahme und Erstversorgung durchzuführen.

Die Krankenhäuser melden den Rettungsleitstellen über Medizinische Ressourcen in IG.NRW (MediRIG) via Internet ihre ausgelasteten oder vorhandenen Kapazitäten. Mit „grün“ wird vorhandene Kapazität angezeigt, während „rot“ das Erreichen oder Überschreiten der Kapazitätsgrenze bzw. Auslastung bedeutet. In MediRIG wird zwischen Versorgungskapazitäten (VK) und Fachabteilungen (FA) unterschieden. Wegen der Versorgungspflicht für Notfälle gem. §2 KHGG NRW haben sich der Rettungsdienst und die Krankenhäuser im Kreis Gütersloh darauf verständigt, dass VK wie *Zentrale Notaufnahme* und *Schockraum* nur ausnahmsweise und dann für höchstens 2 Stunden lang Auslastung anzeigen sollen, sofern bei einem „Overcrowding“ diese Zeit zur Wiederherstellung der Versorgungsbereitschaft notwendig ist.

Zentrale Notaufnahme Trauma
Zentrale Notaufnahme NonTrauma
Schockraum Trauma
Schockraum NonTrauma
Intensivtherapie konservativ mit Beatmung
Intensivtherapie konservativ ohne Beatmung
Intensivtherapie operativ mit Beatmung
Intensivtherapie operativ ohne Beatmung
Herzkatheter-Labor
Stroke-Unit
Computertomographie
pädiatrische Versorgung
geburtshilfliche Versorgung (Kreißaal)
Isolationsmöglichkeit Zentrale Notaufnahme
Isolationsmöglichkeit periphere Station
Isolationsmöglichkeit Intensivstation
vaECMO - Kreislaufunterstützung
wECMO - Lungenunterstützung
COVID Grün - O2 Bett
COVID Gelb - low care
COVID Rot - high care

Versorgungskapazitäten (VK)

Monitor-Betten
Allg. Innere
MRE
Dialyse
Nephrologie
Lungenheilkunde
Neurologie
Chirurgie
Unfall / Trauma
Urologie
Gastroenterologie

Fachabteilungen (FA), Beispiel

ÄLRD – VA Notfallaufnahmebereiche  
**VK / FA in „Nord“ nicht vorhanden**

→ **Klinikum Gütersloh**

Für im Notfallaufnahmebereich „Nord“ stattfindende Notfälle, die einer besonderen VK oder FA bedürfen, welche im Klinikum Halle nicht vorhanden ist, wohl aber in beiden Schwerpunktversorgern in der Stadt Gütersloh (z.B. Gynäkologie, Polytrauma), ist das Klinikum Gütersloh zuständig: in diesen Fällen verschmelzen die Bereiche Nord und Ost.

**VK / FA in „Süd“ nicht vorhanden**

→ **St. Elisabeth-Hospital Gütersloh**

Für im Notfallaufnahmebereich „Süd“ stattfindende Notfälle, die einer besonderen Fachabteilung bedürfen, welche im St. Vinzenz-Hospital nicht vorhanden ist, wohl aber in beiden Schwerpunktversorgern in der Stadt Gütersloh (z.B. Gynäkologie, Polytrauma), ist das St. Elisabeth-Hospital Gütersloh zuständig: in diesen Fällen verschmelzen die Bereiche Süd und West.

**b) Umsetzung der Vorgaben**

Im Zweifelsfall ist immer das gemäß dieser Verfahrensanweisung zuständige Krankenhaus anzufahren. Im Einsatzleitsystem der Kreisleitstelle sind die Notfallaufnahmebereiche sämtlichen Einsatzadressen des Kreisgebietes zugeordnet und können dort erfragt werden. Das Krankenhaus ist zur Erstversorgung verpflichtet, eine Ablehnung wird vom Rettungsdienst nicht geduldet. Um vermeidbare punktuelle Überlastungen eines Krankenhauses abzuwenden, ist bei der Auswahl des Krankenhauses wie folgt vorzugehen:

Nach der Beurteilung des Patientenzustands erfolgt die Zuweisungspriorität gemäß den z.B. aus MANV-Szenarien bekannten Behandlungsdringlichkeiten:

- 1 (rot)** Sofortige Intervention im Krankenhaus, sofortiger Arztkontakt, z.B. Schockraum, Stroke Unit, Herzkatheter

## ÄLRD – VA Notfallaufnahmebereiche

**2 (gelb)** Stationäre Aufnahme wahrscheinlich, aber kein unverzüglicher Handlungsbedarf (KH-Aufenthalt >24 Stunden anzunehmen)

**3 (grün)** Vermutlich ambulante Behandlung ausreichend oder Ausschlussdiagnostik (KH-Aufenthalt <24 Stunden anzunehmen)

Je nach vorliegender Zuweisungspriorität erfolgt die Suche nach einer freien Kapazität in den Krankenhäusern:

### **Priorität 1 (rot):**

Entsprechend der benötigten VK

Beispiel: STEMI direkt zum nächsten freien Herzkatheterlabor, unabhängig von Intensivkapazitäten; akuter Schlaganfall zur nächsten freien Stroke Unit zur Diagnosesicherung und ggf. Thrombolyse; Polytrauma zum nächsten freien Schockraum, unabhängig von Intensivkapazität

### **Priorität 2 (gelb):**

Entsprechend freier Notaufnahme **und** freier Fachabteilung

Beispiel: Fraktur, Pneumonie, GI-Blutung, usw., sofern dies eindeutig oder wahrscheinlich zutrifft. Häufig wird eine klare Zuteilung in der Prähospitalphase jedoch nicht gelingen können.

### **Priorität 3 (grün):**

Entsprechend freier Notaufnahme (nachrangig nach freien Betten der FA)

Beispiel: leichte Verletzungen, Z.n. epileptischem Anfall bei bekanntem Krampfleiden

Für die Beachtung der Status in MediRIG gilt:

- i. Ein „grünes“, versorgungsbereites Krankenhaus kann stets angefahren werden, auch wenn es sich nicht im Kreis Gütersloh befindet.
- ii. Grundsätzlich soll das Anfahren eines „roten“, ausgelasteten Krankenhauses vermieden werden.
- iii. Ein „rotes“ Krankenhaus innerhalb des Kreises Gütersloh wird nicht angefahren, wenn ein anderes im Kreis Gütersloh „grün“ ist; in diesem Fall ist das „grüne“ anzufahren.

## ÄLRD – VA Notfallaufnahmebereiche

- iv. Ein „rotes“ Krankenhaus außerhalb des Kreisgebiets wird nicht angefahren, selbst wenn es das nächstgelegene ist.
- v. Wenn alle Krankenhäuser im Kreisgebiet sowie nahegelegene auswärtige Kliniken „rot“ sind, gelten die Notfallaufnahmebereiche gemäß Tabelle bzw. Karte dieser VA. Hierbei handelt es sich nicht zwangsläufig um das schnellst erreichbare Krankenhaus.

### 5. Fälle, in denen begründet von der VA abgewichen werden kann:

- a) Der Patient lehnt den Transport zu dem zugeordneten Krankenhaus eindeutig ab (Patientenwunsch).
- b) Das zugeordnete Krankenhaus ist für die Versorgung des speziellen Krankheitsbildes nicht geeignet (z.B. akuter Myokardinfarkt, Schlaganfall, Polytrauma, urologischer Notfall usw.).
- c) Freie Kapazitäten für den aktuellen Notfall befinden sich nicht im zugeordneten, wohl aber in einem anderen Krankenhaus im Kreis Gütersloh oder in akzeptabler Nähe in einer anderen Gebietskörperschaft.
- d) (haus-) ärztliche Einweisung und bestätigte Anmeldung

### 6. Mit geltende Dokumente:

Rettungsdienst-Info Kreis Gütersloh 01/2022 vom 21.03.2022

### 7. Dokumentation und Qualifikation

Jeder Patient, der in ein „rotes“ Krankenhaus transportiert wird, ist vom Rettungsdienstpersonal darüber aufzuklären, dass das Krankenhaus nicht aufnahmebereit ist und ihn derzeit ggf. nicht vollumfänglich versorgen kann. Diese Aufklärung ist auf dem Notfalleinsatzprotokoll zu dokumentieren.

Dies gilt unter anderem für die Fälle, in denen kein Krankenhaus die erforderlichen Kapazitäten frei hat, aber insbesondere auch dann, wenn der Patient den Transport in das „rote“ Krankenhaus seines Wunsches verlangt, obwohl „grüne“ Alternativen bestehen.

## ÄLRD – VA Notfallaufnahmebereiche

Zuständig und verantwortlich für die korrekte und vollständige Einsatzdokumentation ist diejenige Einsatzkraft mit der höchsten rettungsdienstlichen Qualifikation. Dies gilt für den Notarzt für die Dauer seiner Anwesenheit beim Patienten grundsätzlich auch dann, wenn der Transport vom Notarzt nicht begleitet wird.

### 8. Evidenz (zu Grunde liegende Literatur etc.)

a) § 11 Absatz 1 RettG NRW:

*„Die Träger des Rettungsdienstes arbeiten zur Aufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten mit den Krankenhäusern zusammen. Sie legen im Einvernehmen mit den Krankenhäusern Notfallaufnahmebereiche fest.“*

b) § 8 Absatz 3 RettG NRW

*„Die Leitstelle hat einen Nachweis über freie Behandlungskapazitäten zu führen. Der Träger des Rettungsdienstes vereinbart mit den Krankenhäusern Form, Inhalt und Verfahren der dafür notwendigen Meldungen.“*

c) § 2 Absatz 1 KHGG NRW

*„Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung ... alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. Notfallpatientinnen und -patienten haben Vorrang.“*

d) Kommentar zum § 2 Absatz 2 RettG NRW (Dorothea Prütting),  
Erläuterung 26

*„... Sollte es nicht möglich sein, Notfallpatientinnen und -patienten in einem Krankenhaus mit der der Erkrankung oder Verletzung entsprechenden Fachrichtung unterzubringen, ist das nach § 11 RettG für den Notfallaufnahmebereich bestimmte Krankenhaus verpflichtet, die Patientinnen und Patienten aufzunehmen. In diesem Krankenhaus müssen die Patientinnen und Patienten zumindest erstversorgt und so lange weiterversorgt werden, bis die Verlegung in ein nach Art und Schwere der Erkrankung geeignetes Krankenhaus möglich ist.“*

e) Erlass des MAGS NRW vom 22.12.2022,

Az IV A 2 – 2022-0017994 „Pflicht zur Notfallversorgung“

*\*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Verfahrensanweisung auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.*