

MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

Ausgabe A

28. Jahrgang	Ausgegeben zu Düsseldorf am 26. April 1975	Nummer 48
---------------------	---	------------------

Inhalt

I.

Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NW.) aufgenommen werden.

Glied.- Nr.	Datum	Titel	Seite
2129	22. 4. 1975	RdErl. d. Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales Bericht und Plan zum Rettungswesen in Nordrhein-Westfalen	720

I.

2129

**Bericht und Plan
zum Rettungswesen in Nordrhein-Westfalen**

RdErl. d. Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales
v. 22. 4. 1975 – VI A 4 – 03.57.00

Die Landesregierung hat am 22. April 1975 den als Anlage abgedruckten „Bericht und Plan zum Rettungswesen in Nordrhein-Westfalen“ beschlossen.

Bei der Durchführung des Gesetzes über den Rettungsdienst (RettG) vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481/SGV. NW. 215) haben die Träger (§ 2) die im Plan niedergelegten „Grundsätze zur Durchführung des Rettungsgesetzes“ (Abschnitt IV. 3.2) zugrunde zu legen.

**Bericht und Plan
zum Rettungswesen
in Nordrhein-Westfalen**

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Gliederung**I. Vorbemerkung****II. Systematik des Rettungswesens****III. Situation des Rettungswesens**

1. Erste Hilfe
 - 1.1 Sofortmaßnahmen am Notfallort und Erste Hilfe
 - 1.2 Erste ärztliche Hilfe
 - 1.3 Erste-Hilfe-Gerät, Notfallarztzettel, bundeseinheitlicher Notfallousweis
2. Notrufmeldesystem
 - 2.1 Öffentliches Fernsprechnetz
 - 2.2 Einheitlicher Notruf 110
 - 2.3 Notrufsäulen an den BAB
 - 2.4 Notrufmelder an Straßen (Modellversuch)
3. Rettungsdienst
 - 3.1 Durchführung des Rettungsdienstes
 - 3.2 Einrichtungen des Rettungsdienstes
 - 3.2.1 Leitstellen
 - 3.2.2 Rettungswachen
 - 3.3 Rettungsmittel
 - 3.3.1 Krankenkraftwagen
 - 3.3.2 Notarztwagen
 - 3.3.3 Verhältnis Krankenkraftwagen/Rettungswache
 - 3.3.4 Funkausstattung
 - 3.3.5 Versorgungsindices
 - 3.3.6 Benutzungshäufigkeit der Krankenkraftwagen
 - 3.3.7 Rettungshubschrauber
 - 3.4 Personal und Ausbildung
 - 3.5 Leistungen

3.6 Leistungsindex

3.7 Kosten

3.8 Kostenindex

3.9 Gebühren

3.10 Gebührenordnungen

4. Krankenhausversorgung von Notfallpatienten

4.1 –

4.5 Regierungsbezirke Arnsberg – Münster

**IV. Situationsanalyse und Konzeption für die
Entwicklung des Rettungswesens**

1. Teilgebiet „Sofortmaßnahmen am Notfallort und Erste Hilfe“

Analyseergebnis, Maßnahmen zur verstärkten Ausbildung und Information

 - 1.1 an Schulen
 - 1.2 an Hochschulen
 - 1.3 in der Breitenausbildung
2. Teilgebiet „Notrufmeldesystem“

Analyseergebnis, Maßnahmen zur Entwicklung

 - 2.1 beim einheitlichen Notruf 110 – Notruf 73 – münzfreier Notruf – Verbindung zur Leitstelle
 - 2.2 bei Notrufmeldern an Straßen
 - 2.3 bei der Benutzung von Notrufmeldeeinrichtungen – Handhabung, Meldeschemata –
3. Teilgebiet „Organisierter Rettungsdienst“

Analyseergebnis

 - 3.1.1 Unzulängliche Koordinierung der Rettungsdienste
 - 3.1.2 Ungleichmäßige Verteilung der Rettungswachen
 - 3.1.3 Unzureichende Ausstattung mit Rettungswagen
 - 3.1.4 Personalmangel
 - 3.1.5 Ausbildungsmangel
 - 3.1.6 Mängel der Finanzierung und Gebührengestaltung
- 3.2 Verwirklichung eines leistungsfähigen Rettungsdienstes durch das Gesetz über den Rettungsdienst (RettG)

Grundsätze zur Durchführung des RettG

 - 3.2.1 Planungsaufgaben
 - 3.2.2 Exekutivaufgaben
 - 3.2.2.1 Leitstelle
 - a) Organisation und Aufgaben
 - b) Personelle Besetzung
 - c) Raumbedarf
 - d) Technische Ausstattung
 - 3.2.2.2 Rettungswachen
 - a) Organisation und Aufgaben
 - b) Raum und Fahrzeugbedarf
 - c) Personelle Besetzung
 - d) Fernmeldetechnische Ausstattung
 - e) Verhältnis Rettungswachen/Krankenhaus
4. Teilgebiet „Krankenhausversorgung von Notfallpatienten“
 - 4.1 Krankenhausgesetz des Landes NW
 - 4.2 Verbesserung der Notfallversorgung im Krankenhaus

V. Ziele der Planung

1. Teilgebiet „Sofortmaßnahmen am Notfallort und Erste Hilfe“
2. Teilgebiet „Notrufmeldesystem“
3. Teilgebiet „Organisierter Rettungsdienst“

Bericht und Plan zum Rettungswesen in Nordrhein-Westfalen

I. Vorbemerkung

Die von der modernen Leistungsgesellschaft erzielten großen Fortschritte auf technischem und zivilisatorischem Gebiet gehen mit zahlreichen unerwünschten Begleiterscheinungen einher. Ein Blick in die Krankheits- und Todesursachenstatistiken zeigt, daß die Herz- und Kreislauferkrankungen als Zivilisationskrankheit Nr. 1 angesprochen werden müssen. Daneben haben die Möglichkeiten, Unfälle der verschiedensten Art zu erleiden, ganz erheblich zugenommen. Hier zeigen sich die Folgen des ständig wachsenden Straßenverkehrs, der Technisierung des Gewerbes, des Haushalts und der Landwirtschaft sowie der allgemeinen Industrialisierung. Die Einflüsse der Entwicklung der modernen Industriegesellschaft auf die Volksgesundheit sind bereits so deutlich, daß sie sich in unübersehbaren Zahlen manifestieren. Die medizinische Wissenschaft spricht von 200 000 Notfall-Todesfällen jährlich in der Bundesrepublik. Gesundheitspolitisch erhält diese Zahl besonderes Gewicht durch die übereinstimmende Auffassung medizinischer Sachkenner, daß in mindestens 10 Prozent der jährlichen Notfalltodesfälle durch rechtzeitige und sachgerechte Hilfe der Tod verhindert werden könnte, d. h. es könnten etwa 20 000 Menschen jährlich in der Bundesrepublik bzw. 5 000 Menschen im Land Nordrhein-Westfalen durch ein gut funktionierendes Rettungswesen gerettet werden. Hinzugerechnet werden müssen alle Notfälle, bei denen durch rechtzeitige und sachgerechte Hilfe der Heilungsverlauf verkürzt sowie Folgeschäden vermieden oder verringert werden können. Für diese Gruppe von Notfallpatienten liegen Zahlenangaben nicht vor. Doch kann an Hand der Statistiken über die Häufigkeit von Unfällen und anderen medizinischen Notfällen angenommen werden, daß dieser Personenkreis um ein Vielfaches größer ist, als die Zahl der Notfalltodesfälle.

Neben der Feststellung, daß zahlreiche Menschenleben gerettet, schwere gesundheitliche Schäden abgewendet und großes menschliches Leid verhindert werden können, muß auch die volkswirtschaftliche Bedeutung eines leistungsfähigen Rettungswesens bedacht werden. Der Tod eines Menschen oder seine lang andauernde Erwerbsunfähigkeit bedeuten einen Verlust an Arbeitskraft für die Volkswirtschaft. Fachleute beziffern diesen Verlust recht nüchtern mit im Durchschnitt rd. 190 000 DM je Todesfall. Bezieht man diese Summe auf die etwa 10 Prozent Notfallpatienten, die in Nordrhein-Westfalen durch zusätzliche Rettungserfolge vor dem Tod bewahrt werden könnten, so bliebe der Volkswirtschaft unseres Landes ein Verlust von rd. 1 Milliarde DM jährlich erspart. Ganz erhebliche weitere Einsparungen ergeben sich aus verkürzten Liegezeiten in den Krankenhäusern und einer früheren Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Die Fortentwicklung des Rettungswesens beschränkte sich lange Zeit auf Detailverbesserungen der Transporteinrichtungen. Es bedurfte erst der wissenschaftlichen Erkenntnis, daß im menschlichen Körper nach schweren Verletzungen und bei akuten lebensbedrohenden Erkrankungen, wie beispielsweise dem Herzinfarkt, weitgehend gleiche Mechanismen ablaufen (Schocksyndrom). Daraufhin konnte eine bei all diesen Fällen sofort anwendbare „Elementartherapie“ entwickelt werden, die auch den Inhalt der bis dahin geübten „Ersten Hilfe“ maßgeblich veränderte. Damit waren die wesentlichsten Voraussetzungen für eine wirksamere und oft lebensrettende Hilfeleistung bereits am Ort des Notfallgeschehens und während des Transportes in das Krankenhaus geschaffen. Erst diese bedeutsamen Fortschritte der Notfallmedizin und Wiederbelebung brachten die notwendigen Voraussetzungen für ein Umdenken und damit für einen grundsätzlichen Strukturwandel des Rettungsdienstes von der bislang im wesentlichen durch die Transportaufgabe bestimmten Einrichtung zu einem spezifischen System der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

Vor diesem Hintergrund faßte die Landesregierung bereits am 27. April 1971 den Beschluß, den Krankentransport- und Rettungsdienst sowie die übrigen Bereiche des Rettungswesens wirkungsvoll zu verbessern.

Zur Durchführung dieser Aufgabe wurde ein interministerieller Ausschuß gebildet, dem neben dem federführenden Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Vertreter der Staatskanzlei, des Innenministers, des Ministers für Wirt-

schaft, Mittelstand und Verkehr, des Finanzministers, des Kultusministers und des Ministers für Wissenschaft und Forschung angehörten.

Die Arbeit des interministeriellen Ausschusses erstreckte sich auf die Ermittlung des Sachstandes in den einzelnen Bereichen des Rettungswesens, dem die Feststellung von Planungsgrundsätzen und -zielen auf der Grundlage von Bestandsanalysen folgte.

Schließlich wurden Vorschläge für die notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung aller Bereiche des Rettungswesens erarbeitet. Schon in den ersten Beratungen zeigte sich, daß für eine Bestandsanalyse des organisierten Rettungs- und Krankentransportdienstes umfangreiches Informationsmaterial zu beschaffen war. Der MAGS führte in Zusammenarbeit mit dem Institut für angewandte Sozialwissenschaft (INFAS) in Bonn-BadGodesberg Ende 1971 eine nach Art und Umfang in der Bundesrepublik bislang einmalige Erhebung zur Organisation, Personalsituation, Fahrzeugausstattung und Finanzlage des Rettungsdienstes durch. Die abschließenden Ergebnisse lagen in Form von drei umfangreichen Tabellenwerken und vier Interpretations- und Kommentarbänden im Mai 1973 vor. Wertvolle Anregungen für seine Arbeit gewann der interministerielle Ausschuß auch aus einer zweitägigen Anhörung eines großen Kreises von Sachverständigen, Investitionen und Verbänden, bei der sämtliche Bereiche des Rettungswesens behandelt wurden. Die Ergebnisse wurden in einem 86seitigen Bericht zusammengefaßt.

An Hand der Informationen aus Sachstandsanalyse und Anhörung sowie aufgrund eingehender Erörterungen kam der interministerielle Ausschuß zu dem Ergebnis, daß der organisierte Krankentransport- und Rettungsdienst einer gesetzlichen Neuordnung bedarf.

Als Alternativen standen zur Diskussion eine Novellierung des Gesetzes über den Feuerschutz und die Hilfeleistung bei Unglücksfällen und öffentlichen Notständen vom 25. März 1958 (GV. NW. S. 101), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Dezember 1969 (GV. NW. 1970 S. 22/SGV. NW. 213) - FSHG - oder die Schaffung eines besonderen Gesetzes, das die rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Bedingungen des Rettungs- und Krankentransportdienstes umfassend regelt. Es war übereinstimmende Auffassung des Ausschusses, einer eigenständigen gesetzlichen Regelung den Vorzug zu geben. Die Landesregierung hat am 16. 10. 1973 den Entwurf eines Gesetzes über den Rettungsdienst beschlossen und anschließend beim Landtag eingebracht. Das Gesetz wurde nach dritter Lesung am 13. November 1974 vom Landtag beschlossen und ist am 1. Januar 1975 in Kraft getreten.

Mit dem Gesetz über den Rettungsdienst (RettG) vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481/SGV. NW. 215) ist die fundamentale Voraussetzung für eine wirkungsvolle Verbesserung in dem zentralen Bereich des Rettungswesens, dem organisierten Rettungs- und Krankentransportdienst, geschaffen. Auch in anderen Teilbereichen des Rettungswesens wurden als dringlich erkannte Maßnahmen bereits durchgeführt. Dazu gehören die Schaffung des einheitlichen Notrufes 110 im gesamten Land und die Einführung des bundeseinheitlichen Notfallausweises. Weitere, vom IMA als notwendig und durchführbar befundene Maßnahmen sind von den zuständigen Ministerien zum Teil bereits eingeleitet, wie z. B. die Erste-Hilfe-Ausbildung an Schulen, zum anderen harren sie noch der Durchführung. Für verschiedene Probleme, insbesondere auf dem Gebiet des Meldewesens, konnten Lösungsvorschläge nicht entwickelt werden.

Damit hat als Spiegelbild der praktischen Gegebenheiten und Möglichkeiten die Weiterentwicklung des Rettungswesens seit dem Kabinettschluß vom Frühjahr 1971 auf den verschiedenen Teilgebieten einen recht unterschiedlichen Verlauf genommen. Folglich sind in der vorliegenden Darstellung berichtende und planerische Komponenten zu verbinden.

II. Systematik des Rettungswesens

Das Wort „Rettungswesen“ stellt einen Komplex- oder Systembegriff dar, der eine Vielzahl unterschiedlichster Aktivitäten mit zwar verschiedenen Aufgaben, aber letztlich gleichgerichteter Zielsetzung begrifflich miteinander verbindet. Als „Rettungswesen“ definiert ist die Gesamtheit verschiedener Einrichtungen und Tätigkeitsbereiche, die zur Darstellung ihres funktionalen Ineinandergreifens synonym auch als

„Rettungskette“ bezeichnet wird. Alle Glieder der Rettungskette sind für die Erhaltung von Leben und Gesundheit des Notfallpatienten gleichermaßen unentbehrlich. Die Rettungskette besteht aus folgenden Gliedern:

1. **Sofortmaßnahmen am Unfallort und Erste Hilfe**
 - erste Maßnahmen, wie z. B. Bergung und Lagerung, Atemspende durch Augenzeugen, Arbeitskollegen, Angehörige oder Nachbarn -
2. **Notrufmeldesystem**
 - Abgabe und Weiterleitung von Notrufen an den Rettungsdienst -
3. **Rettungsdienst**
 - erste medizinische Hilfe am Notfallort, Herstellung der Transportfähigkeit, Beförderung unter sachgemäßer Betreuung in ein geeignetes Krankenhaus -
4. **Krankenhausversorgung**
 - klinische Versorgung von Notfallpatienten in leistungsfähigen Krankenhäusern mit entsprechenden Fachabteilungen (Intensivpflege).

Die Belastbarkeit - hier besser Leistungsfähigkeit - dieser Kette wird durch ihr schwächstes Glied bestimmt.

III. Situation des Rettungswesens

Der notwendige Ausbau des Rettungswesens kann nur dann zielgerecht und rationell erfolgen, wenn über die Ausgangssituation und damit über die noch bestehenden Mängel Klarheit herrscht. Im folgenden wird an Hand der einzelnen Glieder der Rettungskette diese Situation dargestellt.

1. Erste Hilfe

1.1 Sofortmaßnahmen am Notfallort und Erste Hilfe

Der organisierte Rettungsdienst kann naturgemäß stets erst nach einer gewissen Zeit am Notfallort eintreffen, wobei die Dauer vor allem von der Spanne zwischen dem Notfallereignis und der Alarmierung des Rettungsdienstes sowie von der Entfernung zwischen der Rettungswache und dem Notfallort bestimmt wird. Jedoch entscheidet sich häufig bereits in den ersten Minuten nach einem Notfall das Schicksal vieler Notfallpatienten. Ihre Überlebenschancen hängen häufig von der Initiative, von den Kenntnissen, der Erfahrung und Umsicht und somit von der Zweckmäßigkeit der Sofortmaßnahmen der ersten am Notfallort erscheinenden Personen ab. Hierbei handelt es sich meist um Laien.

Für den Bereich des Straßenverkehrs wurde dieser Tatsache durch Bundesgesetzgebung Rechnung getragen. Nach § 8 StVZO wird seit 1. August 1969 von allen **Führerscheinbewerbern** der Klassen I, III, IV und V eine Unterweisung in „Sofortmaßnahmen am Unfallort“ verlangt. Der Umfang dieser Unterweisung beträgt 3 Doppelstunden und ist mit praktischen Übungen verbunden. In der Regel führen die freiwilligen Hilfsorganisationen diese Unterweisungen durch. Über diese Vorschrift wurden seit 1969 bis einschließlich 1973 in Nordrhein-Westfalen rd. 1,4 Millionen Personen mit den lebensrettenden Sofortmaßnahmen vertraut gemacht.

Für **Führerscheinbewerber** der Klasse II schreibt die Straßenverkehrszulassungsordnung in § 8b seit dem 1. August 1969 ausdrücklich die Ausbildung in Erster Hilfe vor. Diese Ausbildung ist umfangreicher, sie erfolgt in 8 Doppelstunden und wird ebenfalls in der Hauptsache von den freiwilligen Hilfsorganisationen geleistet. Seit Inkrafttreten der Vorschrift bis einschließlich 1973 wurden in Nordrhein-Westfalen rd. 32000 Führerscheinbewerber der Klassen II in Erster Hilfe ausgebildet.

Alle **Polizeibeamten** werden während ihrer einjährigen Grundausbildung in Gesundheitsfürsorge und Erster Hilfe ausgebildet. Nach Abschluß des Unterrichts, der insgesamt 44 Stunden umfaßt, erbringen die Beamten den in § 7 (2) AOPol geforderten Befähigungsnachweis für Erste Hilfe. Während des Lehrgangs zur Vorbereitung auf die erste Fachprüfung werden die erworbenen Kenntnisse aufgefrischt und vertieft.

Nach § 6 der Verordnung über die Laufbahn der ehrenamtlichen **Angehörigen der freiwilligen Feuerwehr** erhält der Feuerwehrmannanwärter während seiner einjährigen Anwärterzeit eine Ausbildung im Unfallhilfsdienst. Sie umfaßt die Erste Hilfe. Der freiwillige Feuerwehrmann wird während seiner 5jährigen Dienstzeit einschließlich der Probezeit bis zur Beförderung zum Oberfeuerwehrmann im Unfallhilfsdienst eingesetzt. Die Ausbildung der Beamten des feuerwehrtechnischen Dienstes erfolgt nach § 3 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Laufbahnen des mittleren und gehobenen feuerwehrtechnischen Dienstes in den Feuerwehren. Außerdem verlangt der § 41 der Unfallverhütungsvorschriften „Feuerwehren“, daß mindestens 2 Feuerwehrangehörige von jeder Löschgruppe in Erster Hilfe ausgebildet sein müssen. Somit werden alle aktiven Feuerwehrmänner (SB) in Erster Hilfe ausgebildet.

Alle **Behördenkraftfahrer** des Landes sind seit 1967 verpflichtet (RdErl. d. Innenministers - jetzt Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales - vom 13. 3. 1967 (MBI. NW. S. 470/SMBI. NW. 20024)), an einem Lehrgang in Erster Hilfe teilzunehmen. Den Gemeinden und Gemeindeverbänden sowie den sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ist empfohlen worden, eine entsprechende Anordnung für ihren Dienstbereich zu treffen.

Die Erste-Hilfe-Ausbildung **in den Betrieben** ist durch die Unfallverhütungsvorschriften geregelt. Nach § 5 der UVV „Erste Hilfe und Verhalten bei Unfällen“ müssen in jedem Unternehmen, Betrieb, Schule usw. für die Erste-Hilfe-Leistung sachgemäß vorgebildete Helfer in einer dem Umfang und der Art des Unternehmens entsprechenden Zahl vorhanden und jederzeit erreichbar sein. Als Richtwert für die notwendige Zahl an Ersthelfern gilt, daß in jedem Unternehmen etwa 10 Prozent, wenigstens jedoch 2 der Beschäftigten als Ersthelfer zur Verfügung stehen.

Der **Bundesverband für den Selbstschutz** führt als Breitenausbildung im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages den „Selbstschutzgrundlehrgang“ durch. Neben spezifischen Selbstschutzthemen beinhaltet dieser Lehrgang eine Unterweisung über „lebensrettende Sofortmaßnahmen“ im Umfang von 3 Doppelstunden, die inhaltlich voll der für Führerscheinbewerber vorgeschriebenen Ausbildung (s. oben) entspricht. Der Lehrgang wird in dieser Form seit dem zweiten Halbjahr 1969 durchgeführt und wurde seitdem von rd. 510000 Personen in 29750 Lehrgängen besucht.

Neben den genannten Ausbildungsvorhaben über bestimmte Berufs- und Bevölkerungsgruppen bieten die **freiwilligen Hilfsorganisationen** Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter Unfallhilfe und Malteser Hilfsdienst fortlaufend Erste-Hilfe-Kurse für alle interessierten Personen zur kostenlosen Teilnahme an.

Das **Kultusministerium** hat mit RdErl. vom 18. 2. 1953 die oberen Schulaufsichtsbehörden angewiesen, die Erste-Hilfe-Ausbildung in den Schulen zu intensivieren. In den Hauptschulen, Realschulen, Sonderschulen, Gymnasien, Gesamtschulen und beruflichen Schulen erfolgt die Erste-Hilfe-Ausbildung entweder im Rahmen oder in Ergänzung des Biologieunterrichts, und zwar von Ausnahmen abgesehen, in den Klassen 8, 9 und 10 der allgemeinbildenden bzw. in den Klassen 11 und 12 der beruflichen Schulen. In jedem Schuljahr werden etwa 100000 Schüler und Schülerinnen ausgebildet.

Sofern die Ausbildung nicht von Lehrern, die den „Lehrschein“ (Lehrbefähigung für die Grundausbildung in Erster Hilfe) erworben haben, durchgeführt wird, übernehmen Mitglieder der freiwilligen Hilfsorganisationen diese Aufgabe.

Lehrer aller Schulformen besuchen Lehrgänge, die ebenfalls von den freiwilligen Hilfsorganisationen ausgerichtet werden. Der Kultusminister hatte bereits mit RdErl. vom 10. 12. 1952 den Lehrern die Teilnahme empfohlen.

In den Jahren 1969 bis 1972 erwarben 1063 Lehrer der allgemeinbildenden und beruflichen Schulen in diesen Kursen die „Lehrbefähigung für die Grundausbildung in Erster Hilfe“. Im Rahmen der Fortbildungsveranstal-

tungen für Verkehrserziehung im Verkehrs-Institut Brackwede-Quelle wurden von Ausbildungsleitern des Deutschen Roten Kreuzes Einführungslehrgänge in Erster Hilfe durchgeführt. Daran nahmen im Jahre 1972 533 Lehrer aller Schulformen teil.

Die **Hochschulen** bieten, abgesehen von der nach der Approbationsordnung für Ärzte vorgeschriebenen Ausbildung der Medizinstudierenden in Erster Hilfe und dem Unterricht der Schulen für medizinische Hilfsberufe, nur ausnahmsweise den Studierenden die Möglichkeit, sich in der Ersten Hilfe auszubilden. Insbesondere erhalten auch die Studierenden der Ingenieurwissenschaften und die Studierenden, die das Lehramt anstreben, keine Ausbildung.

1.2 Erste ärztliche Hilfe

Die akademische Ausbildung der Ärzte ist durch Bundesrecht geregelt und umfaßt nach der Approbationsordnung auch eine Ausbildung in Erster Hilfe sowie praktische Übungen für akute Notfälle und Erste ärztliche Hilfe. Dies gilt jedoch erst seit Inkrafttreten der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. 10. 1970 (BGBl. I S. 1458).

Bei älteren Ärzten kann man Kenntnisse in der Notfallmedizin generell nicht voraussetzen, es sei denn, es handelt sich um ärztliche Berufsgruppen, wie z. B. Internisten, Chirurgen, Anästhesisten, die häufig Kontakt mit Notfallpatienten haben. Nachdem durch die Rechtsprechung Klarheit besteht, daß alle freiberuflich tätigen Ärzte zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst zur Versorgung der Bevölkerung in sprechstundenfreien Zeiten herangezogen werden können, bieten die Landes- und Fachorganisationen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen in ständig steigendem Umfang den Ärzten die Möglichkeit, ihre notfallmedizinischen Kenntnisse zu erweitern.

1.3 Erste Hilfe-Gerät, Notfall-Arztkoffer, Bundeseinheitlicher Notfallausweis

Für die Durchführung der Sofortmaßnahmen am Notfallort, wie Bergung, Lagerung oder Atemspende, bedarf es zwar über die notwendigen Kenntnisse hinaus keiner weiteren Hilfsmittel. Doch ist eine weitergehende Hilfeleistung in vielen Fällen nur dann möglich, wenn dem Ersthelfer entsprechendes Material zur Verfügung steht. Zu den einfachen Formen der Erste-Hilfe-Ausstattung gehört der **Kraftfahrzeugsverbandkasten** nach DIN 13 164 Blatt 1.

Seit dem 1. August 1969 schreibt § 35h der Straßenverkehrszulassungsordnung bindend vor, daß in allen Kraftfahrzeugen eine entsprechende Erste-Hilfe-Ausstattung ständig mitgeführt werden muß. Für die Straßenverkehrs-Unfallhilfe stellen die 2450 im Lande von den freiwilligen Hilfsorganisationen betriebenen **Unfallhilfsstellen** entsprechend den gewandelten Auffassungen und Strukturen des modernen Rettungsdienstes im wesentlichen noch Materialdepots und Meldestellen dar.

Als Ergänzung der **Einsatzausstattung** der geschulten Kräfte der freiwilligen Hilfsorganisationen hat das Land 25000 Super-Isolationsrettungsdecken zur Verfügung gestellt.

Ca. 1000 einheitliche **Notfall-Arztkoffer** werden seit Jahren in den Streifenfahrzeugen der Polizei mitgeführt und stehen bei einem Notfall jedem zur Hilfeleistung bereiten Arzt zur kostenlosen Benutzung zur Verfügung. Weitere 525 dieser NotfallArztkoffer hat das Land zur Ausstattung der **Rettungsfahrzeuge** der freiwilligen Hilfsorganisationen und für in diesen Verbänden aktiv tätige **Ärzte** beschafft.

Die Gesundheitsminister der Länder haben gemeinsam mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit einen **einheitlichen Notfallausweis** entwickelt, der die Vielzahl von inzwischen über 60 oft unzureichenden Notfallpässen, Notfallamuletten, Anhängern und Aufklebern ersetzt.

Der bundeseinheitliche Notfallausweis ist vor allem für die zunehmende Zahl jener Bürger bestimmt, die Träger sog. medizinischer Risikofaktoren sind (z. B. Allergien, Diabetes, Anfalls- oder Nervenleiden, Zustand nach Herzinfarkt, Bluterkrankheit). Für die ersten Maßnahmen des Notfallarztes können die im Notfallausweis

dokumentierten Informationen von entscheidender und u. U. für den Risikopatienten von lebensrettender Bedeutung sein.

Zur Einführung des Notfallausweises hat das Land Ende 1974 zunächst 1 Million Stück beschafft und über die Gesundheitsämter an Ärzte und Krankenhäuser zur Verteilung gebracht. Die Ausweise werden dort mit den erforderlichen Eintragungen versehen und kostenfrei an die Bürger ausgegeben. Die Fortsetzung der Aktion ist vorgesehen.

2. Notrufmeldesystem

Die Zeit zwischen dem Eintritt eines medizinischen Notfalls und dem Einsetzen der Hilfeleistung des organisierten Rettungsdienstes wird entscheidend dadurch bestimmt, welche Möglichkeiten es gibt, mit den Einrichtungen des Rettungsdienstes in Verbindung zu treten. Die Gesamtheit der technischen Einrichtungen, die zur Abgabe von Notfallmeldungen geeignet sind, faßt man unter dem Begriff „**Notrufmeldesystem**“ zusammen.

Von der Gesamtzahl und der Häufigkeit der Benutzung her gesehen, sind als allgemeine Einrichtungen hier zunächst alle privaten und öffentlichen Fernsprechan-schlüsse zu nennen. Zu den speziellen Einrichtungen zählen die Notrufsäulen der Polizei und Feuerwehr sowie die Notrufsäulen an den Bundesautobahnen und Bundesstraßen.

Für die Abgabe von Notfallmeldungen stehen auch die Sprechfunkeinrichtungen der öffentlichen Verkehrsmittel zur Verfügung.

2.1 Öffentliches Fernsprechnet

Das Gebiet des Landes Nordrhein-Westfalen ist mit den Oberpostdirektionsbezirken Dortmund, Düsseldorf, Köln und Münster identisch. In diesem Bereich gibt es 564 Fernsprechnetze. Nach dem Stand vom 31. 12. 1972 waren 2834761 Fernsprechnetzanschlüsse in Betrieb, wovon 2811755 private Teilnehmerhauptanschlüsse und 23006 öffentliche Sprechstellen sind. Von den insgesamt 11218 öffentlichen Münzfernsprechern in Fernsprechnetzhäuschen auf Straßen und Plätzen stehen 2876 im Bereich der OPD Dortmund, 3311 im Bereich der OPD Düsseldorf, 2095 im Bereich der OPD Köln und 2936 im Bereich der OPD Münster. Neben den öffentlichen Münzfernsprechern auf Straßen und Plätzen stehen demnach 11788 weitere Einrichtungen dieser Art bei Ämtern und Amtsstellen der Deutschen Bundespost, in öffentlichen Gebäuden, Kaufhäusern, Gaststätten usw.

Alle **Behörden und Dienststellen** sind durch Runderlaß aufgefordert, ihre Fernsprecheinrichtungen kostenlos zur Verfügung zu stellen, um bei Verkehrsunfällen und sonstigen Notfällen, in denen Personen Erste Hilfe benötigen, Arzt, Krankenwagen, Polizei oder andere Hilfe herbeizurufen.

2.2 Einheitlicher Notruf 110

Die Forderung nach einer einheitlichen Notrufnummer ist von der Öffentlichkeit im Hinblick auf die zunehmende Zahl von Notfällen aller Art dringlich gestellt worden. Die Polizei hat ihre Kurzrufnummer 110 als allgemeinen Notruf zur Verfügung gestellt.

Der Notruf 110 ist im Land praktisch zu 100 Prozent verwirklicht d. h. in 573 von 580 Fernsprechnetzen (Stand 31. 8. 1974). Durch die Installation von Zusatz-einrichtungen ist gewährleistet, daß ein Notruf, der bei einer momentan nicht besetzten Polizeiwache aufläuft, automatisch auf die nächste ständig besetzte Polizeidienststelle weitergeschaltet wird. Als besondere technische Einrichtungen zur Abgabe von Hilfersuchen sind die 3200 **Rufsäulen der Polizei und Feuerwehr** zu nennen, die an zentralen Punkten in Städten und auf dem Lande an Unfallschwerpunkten aufgestellt sind.

Neben der einheitlichen Notrufnummer 110 ist in allen kreisfreien Städten und den Mittelstädten der Feuerwehr 112 zu 76% eingeführt (in 444 von 580 Fernsprechnetzen).

2.3 Notrufsäulen an den BAB

Die **Bundesautobahnen** sind in regelmäßigen Abständen mit Notrufsäulen ausgestattet, die auf die Auto-

bahnmeistereien aufgeschaltet sind. Das Meldesystem wurde zur Nachrichtenübermittlung für die Einsätze des Straßenunterhaltungs- und Winterdienstes eingeführt. Die Notrufsäulen können auch von den Verkehrsteilnehmern genutzt werden. Hilfeersuchen werden in der Regel über die Polizei an die für den Rettungsdienst zuständige Stelle weitergeleitet.

2.4 Notrufmelder an Straßen (Modellversuch)

In dünn besiedelten Gebieten, wo an Straßen bisher öffentliche Fernsprechstellen fehlen, unterhalten die freiwilligen Hilfsorganisationen seit Jahren **Unfallmeldestellen**. Hier stehen den Hilfesuchenden, insbesondere bei Verkehrsunfällen, private Fernsprechanlüsse in Gaststätten, Tankstellen und einzeln gelegenen Gehöften zur Abgabe von Unfallmeldungen zur Verfügung. Diese Einrichtungen sind für alle Verkehrsteilnehmer durch ein Hinweisschild (Zeichen 358 „Erste Hilfe“ gem. § 42 StVO) gekennzeichnet. Da diese Notfallmeldestellen auf der persönlichen Hilfsbereitschaft einzelner Bürger beruhen, können sie naturgemäß nicht ständig besetzt sein. Man hat deshalb versucht, durch technische Einrichtungen (sog. Notrufzusatzgeräte), die außen an der Hauswand angebracht sind, die Fernsprechanlüsse jederzeit nutzbar zu machen.

Im Rahmen eines vom Bundesverkehrsminister finanzierten Versuchs sind diese Geräte bisher nur in geringer Zahl (14) in den Landesteilen Nordrhein und Westfalen in Betrieb.

3. Organisierter Rettungsdienst

Der Darstellung des Rettungsdienstes, die hier nach den bisherigen Gegebenheiten und an Hand der Ergebnisse der o. a. Erhebung (INFAS/MAGS) erfolgt, sind folgende Grunddaten voranzustellen: Die Gesamtbevölkerung des Landes beträgt 17,25 Millionen. 8 Millionen Einwohner leben in den kreisfreien Städten und 9,25 Millionen in den Kreisen. Die Gesamtfläche des Landes beträgt 34 057 qkm. Auf das Gebiet der kreisfreien Städte entfallen davon 3 240 qkm, auf das Gebiet der Kreise 30 817 qkm (Statistisches Jahrbuch NW 1974).

3.1 Durchführung des Rettungsdienstes

In den kreisfreien Städten wird der Rettungs- und Krankentransportdienst überwiegend von den Berufsfeuerwehren oder von freiwilligen Feuerwehren mit hauptamtlichen Kräften ausgeübt. Daneben sind in den kreisfreien Städten die freiwilligen Hilfsorganisationen und vereinzelt private Unternehmer tätig.

In den Kreisen sind eine Vielzahl von Aufgabenträgern mit unterschiedlichen Organisationsformen im Rettungs- und Krankentransportdienst vorhanden. Neben den freiwilligen Feuerwehren sind dies spezielle kommunale Einrichtungen, die nicht der Feuerwehr angehören, sowie die freiwilligen Hilfsorganisationen, Privatunternehmer zu einem geringen Teil auch Krankenhäuser und Krankenkassen.

3.2 Einrichtungen des Rettungsdienstes

3.2.1 Leitstellen

In den kreisfreien Städten und größeren Mittelstädten mit Berufsfeuerwehren bzw. freiwilligen Feuerwehren mit hauptamtlichen Kräften verfügen diese Organisationen über Einsatzleitstellen, die jedoch in aller Regel lediglich für den eigenen Bereich tätig sind. In den Kreisen gibt es bisher nur eine zentrale Leitstelle (Mettmann), die die Einsätze des Rettungsdienstes lenkt. Lediglich vereinzelt haben sich Gemeinden zur gemeinsamen Wahrnehmung der Aufgaben des Rettungs- und Krankentransportdienstes zusammengeschlossen und betreiben in diesem Rahmen auch eine gemeinsame Einsatzlenkung.

3.2.2 Rettungswachen

Insgesamt sind im Lande 548 Standorte von Krankenkraftwagen vorhanden. Dabei gelten als Standorte sämtliche Stellen, von denen Krankenkraftwagen zum Einsatz ausrücken, z. B. Feuerwachen, Depots und Polizeiautobahnstationen, bei denen sich zu bestimmten Zeiten Kräfte von freiwilligen Hilfsorganisationen aufhalten, Sitz der Privatunternehmen, Werkfeuerwehren, Krankenhäuser usw.

Die nachfolgende Übersicht gibt Aufschluß über die Trägerorganisation der Standorte und die Aufgliederung der Rettungswachen nach Kreisen und kreisfreien Städten:

Trägerorganisation	in den Kreisen	in den kreisfreien Städten
Kommunale Einrichtungen:		
1. Feuerwehren	124	84
2. andere kommunale Einrichtungen	60	1
Freiwillige Hilfsorganisationen:		
1. Arbeiter-Samariter-Bund	3	2
2. Deutsches Rotes Kreuz	101	14
3. Johanniter-Unfallhilfe	7	6
4. Malteser Hilfsdienst	14	10
Krankenkassen	3	—
Krankenhäuser	6	—
Werkfeuerwehren	22	36
Privatunternehmer	40	10
Keine Angaben	5	—
	385	163

Von den 548 Rettungswachen sind 408, d. h. 75 Prozent, rund um die Uhr besetzt. 25 Prozent der Standorte werden dagegen nur tagsüber oder an den Wochenenden, im Ferienverkehr oder aus sonstigen besonderen Anlässen betrieben. Die Rettungswachen der Feuerwehren sind zu 97 Prozent und die Rettungswachen der anderen rettungsdienstlichen Einrichtungen der Gemeinden und Kreise zu 93 Prozent ständig einsatzbereit. Dagegen ist der Anteil der dauernd besetzten Rettungswachen beim DRK mit 39 Prozent vergleichsweise niedrig und bei den anderen Hilfsorganisationen noch geringer. Setzt man die Bevölkerungszahlen des Landes in ein Verhältnis zur Anzahl der ständig besetzten Rettungswachen, so ergibt sich folgender **Versorgungsindex**:

Im Landesdurchschnitt versorgt eine Rettungswache etwa 42 000 Einwohner. In den kreisfreien Städten (mit ca. 8 Millionen Einwohnern und 125 Rettungswachen) liegt der Wert deutlich über diesem Landesdurchschnitt, nämlich bei etwa 63 000 Einwohnern, dagegen in den Kreisen (mit 9,25 Millionen Einwohnern und 283 Rettungswachen) um die Hälfte niedriger, nämlich bei ca. 32 000 Einwohnern. Diese Werte finden ihre Erklärung in der unterschiedlichen Bevölkerungsdichte der städtischen Gebiete gegenüber den ländlichen Bereichen.

Die nachfolgende Übersicht gibt eine Zusammenfassung dieser Werte:

	Zahl der ständig besetzten Standorte	Durchschn. Wert d. auf einen Standort entf. Einw.-Zahl (in Tausend)	Einwohner pro km ²
kreisfreie Städte	125	63,2	2 710
Kreise	283	32,3	294
Nordrhein-Westfalen insgesamt	408	41,8	500

3.3 Rettungsmittel

3.3.1 Krankenkraftwagen

Insgesamt sind im Lande 1 246 Krankenkraftwagen vorhanden, in den kreisfreien Städten 490 und in den Kreisen 756. 53 Prozent oder 662 Fahrzeuge werden durch die Feuerwehren und 11 Prozent, das sind 132 Krankenkraftwagen, werden durch andere eigene Einrichtungen der Gebietskörperschaften betrieben. Daneben verfügen die vier freiwilligen Hilfsorganisationen über 274 Krankenkraftwagen, das sind 22 Prozent aller Fahrzeuge. Krankenkassen und Krankenhäuser sind am

Krankenkraftwagenpark mit jeweils 1 Prozent, die Werkfeuerwehren und andere Einrichtungen des betrieblichen Rettungswesens mit 8 Prozent und die privaten Krankentransportunternehmer mit 4 Prozent der Fahrzeuge beteiligt.

70 Prozent aller Krankenkraftwagen, das sind 870 Fahrzeuge, entsprechen der DIN 75 080, d. h. dem medizinischen und technischen Standard. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Normentsprechung und die Verteilung dieser Krankenkraftwagen:

Entsprechung der Norm	Zahl der Krankenkraftwagen in		
	Kreisen	kreisfreien Städten	Nordrhein-Westfalen insgesamt
DIN 75 080 Blatt 1 und 2 – Rettungswagen –	74	70	144
DIN 75 080 Blatt 1 und 3 – Kranken-transportwagen –	441	285	726
insgesamt	515	355	870

3.3.2 Arztbesetzte Rettungswagen (Notarztwagen)

Notarztwagen sind Rettungswagen nach DIN 75 080 Blatt 1 und 2, die im Einsatz stets mit einem Arzt besetzt sind. Sie enthalten eine zusätzliche Notfallmedizinische Ausstattung, wie z. B. EKG-Sicht- und Registriergerät, Narkoseeinrichtung und Herzwiederbelebungsgerät. Die Zahl der arztbesetzten Rettungswagen beläuft sich nach dem Stand von Anfang 1974 auf 30 Fahrzeuge, die in der Gesamtzahl der 144 Rettungswagen (s. vorstehende Tabelle) enthalten sind.

3.3.3 Verhältnis Krankenkraftwagen/Rettungswache

Bei der Untersuchung, wieviel Krankenkraftwagen in den einzelnen Rettungswachen stehen, ergab sich, daß

48 Prozent der Rettungswachen nur über einen Krankenkraftwagen verfügen. Auf der anderen Seite stehen in 10 Prozent der Rettungswachen jeweils mehr als 4 Krankenkraftwagen. Während in den Kreisen der Anteil der Rettungswachen mit mehreren Fahrzeugen nur 4 Prozent ausmacht, zählt in den kreisfreien Städten jede fünfte Rettungswache dazu. Es ist ferner festzustellen, daß es vor allem die Privatunternehmer (84 Prozent) und die freiwilligen Hilfsorganisationen (jeweils gut 60 Prozent) sind, die über Rettungswachen mit nur einem Krankenkraftwagen verfügen.

3.3.4 Funkausstattung

Rd. ein Drittel der **Rettungswachen** ist ohne Funkausstattung, wobei dieser Anteil in den kreisfreien Städten (22 Prozent) deutlich niedriger liegt als in den Kreisen (35 Prozent). Bei den Feuerwehren gehört die Funkeinrichtung zur Regelausstattung der Rettungswache (79 Prozent). Dagegen ist sie bei den nicht zur Feuerwehr gehörenden Rettungs- und Krankentransportdiensten der Gemeinden und Kreise erheblich seltener zu finden (49 Prozent). Noch geringer ist der Anteil der Rettungswachen mit Funk bei den freiwilligen Hilfsorganisationen und den betrieblichen Rettungseinrichtungen, relativ hoch dagegen bei den Privatunternehmern.

Von der Gesamtzahl der **Krankenkraftwagen** sind 82 Prozent mit Funk ausgerüstet. Dabei sind Wenigkanalgeräte mit 46 Prozent häufiger anzutreffen als Vielkanalgeräte, die lediglich in 36 Prozent der Fahrzeuge eingebaut sind.

Wenigkanalgeräte gestatten nicht in jedem Fall ein reibungsloses Zusammenarbeiten im Funkfrequenzbereich der Sicherheitsbehörden, speziell mit der Polizei, die grundsätzlich mit Vielkanalgeräten (20 KHZ-Kanalabstand) arbeitet, und anderen Diensten, etwa dem Rettungshubschrauber. Schwierigkeiten können hier vor allem bei Einsätzen außerhalb des Rettungsdienstbereiches eintreten, z. B. bei Massenverkehrsunfällen oder Katastrophen und Notständen mit einer größeren Zahl von Verletzten.

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht die Textangaben:

Organisationen	insgesamt	Zahl der Fahrzeuge mit		Fahrzeuge ohne Funkaus-rüstung	keine Angaben
		Vielkanalgeräten	Wenigkanalgeräten		
Feuerwehr und andere Einrichtungen der Gebietskörperschaften	794	39%	52%	9%	–
Freiwillige Hilfsorganisationen (ASB, DRK, JUH, MHD)	274	40%	28%	28%	4%
Sonstige, einschließlich private Unternehmer	178	15%	43%	39%	3%
Insgesamt	1246	36%	46%	17%	1%

3.3.5 Versorgungsindices

Bei einer Indexberechnung der vorhandenen, der DIN 75 080 entsprechenden Krankenkraftwagen, (Rettungswagen und Krankentransportwagen) ergeben sich folgende Werte:

	Zahl der Einwohner je Krankenkraftwagen
Nordrhein-Westfalen insgesamt	26 000
Kreise	23 000
kreisfreie Städte	31 500

Betrachtet man die vorhandenen Rettungswagen allein, so ergibt sich folgender Versorgungsindex:

	Zahl der Einwohner je Rettungswagen
Nordrhein-Westfalen insgesamt	161 000
Kreise	167 000
kreisfreie Städte	155 000

Für eine Bedarfsermittlung sind diese Ist-Werte in Vergleich zu den von Fachkreisen erarbeiteten und inzwischen allgemein anerkannten Soll-Werten zu setzen (s. Abschnitt IV. 3.2.2.2b).

3.3.6 Benutzungshäufigkeit der Krankenkraftwagen

Von den insgesamt vorhandenen 1246 Krankenkraftwagen werden 943 Fahrzeuge, d. h. 76 Prozent, im täglichen Dienst benutzt. Dabei liegt der Anteil der Fahrzeuge der Feuerwehren und anderer kommunaler Einrichtungen, die täglich im Dienst sind, mit 84 Prozent über diesem Durchschnittswert, während der Prozentsatz der Fahrzeuge, die von den freiwilligen Hilfsorganisationen betrieben werden und täglich im Einsatz sind, mit 40 bis 50 Prozent deutlich niedriger liegt. Der Grund hierfür: Die freiwilligen Hilfsorganisationen betreiben seltener einen rund um die Uhr einsatzbereiten Rettungs- und Krankentransportdienst, da sie in starkem Maße auf die Mitarbeit von freiwilligen Helfern angewiesen sind.

14 Prozent der Krankenkraftwagen befinden sich nicht im täglichen Einsatz, d. h. sie stehen lediglich an Wo-

chenenden und für andere besondere Anlässe zur Verfügung. 9 Prozent der Krankenkraftwagen werden als Reserve gehalten.

3.3.7 Rettungshubschrauber

Im Lande gibt es die Hubschrauberstationen Köln, Lünen und Würselen. In Köln und Lünen sind jeweils 1 Hubschrauber aus dem Katastrophenschutzpotential des Bundesinnenministers, Typ Bölkow „Bo 105“, in Würselen 1 Hubschrauber der Bundeswehr aus dem SAR-Potential im Einsatz. Zur Regelbesatzung gehören neben dem Hubschrauberführer stets der Notarzt und ein Rettungssanitäter. Die Einsatzleitung erfolgt über eine besondere Leitstelle. Der Einsatzradius der Hubschrauber beträgt ca. 50 km. Zu den Aufgaben zählen

- die ärztliche Versorgung am Notfallort,
- sogenannte Primärtransporte, d. h. Transporte vom Notfallort zum Krankenhaus,
- sogenannte Sekundärtransporte, d. h. Verlegungstransporte von Notfallpatienten aus Krankenhäusern, wo die Erstversorgung durchgeführt wurde, in für die eigentliche Behandlung geeignete Kliniken,
- Transport von Blutkonserven und Medikamenten sowie Organtransplantaten.

3.4 Personal und Ausbildung

Bei den Gebietskörperschaften (den Kreisen, kreisfreien Städten und Gemeinden) und den freiwilligen Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter Unfallhilfe und Malteser Hilfsdienst) wurden 1721 **hauptberuflich Beschäftigte** im Rettungsdienst und Krankentransport ermittelt (Stand: 15. 12. 1971). Die große Mehrzahl davon, nämlich 1527, sind Beschäftigte des öffentlichen Dienstes. Nach ihrer Stellung im Beruf ergibt sich folgende Aufgliederung:

699 Beamte,
711 Angestellte,
295 Arbeiter.

Bei 16 Personen fehlt eine Berufsangabe.

Von den Beamten sind eingruppiert:

25 Prozent in der Besoldungsgruppe A 5,
33 Prozent in der Besoldungsgruppe A 6,
etwas weniger als 33 Prozent in der Besoldungsgruppe A 7 und 10 Prozent in der Besoldungsgruppe A 8 und höher.

Die Angestellten werden wie folgt vergütet:

34 Prozent nach BAT VIII,
50 Prozent nach BAT VII und
11 Prozent nach BAT VIb

Bei den Arbeitern besteht eine starke Konzentration auf die MTL-Gruppe 5. Insgesamt gehören dieser Gruppe 71 Prozent der Arbeiter des öffentlichen Dienstes an.

Die **Ausbildung des Personals** im Rettungsdienst und im Krankentransport ist recht uneinheitlich. 95 Prozent der hauptberuflich im Rettungsdienst und Krankentransport Tätigen besitzen eine Erste-Hilfe-Ausbildung (mindestens 8 Doppelstunden). Eine Sanitätsausbildung (insgesamt mindestens 20 Doppelstunden) wurde bei 50 Prozent des Personals ermittelt. Ein Krankenhauspraktikum als weitere Zusatzausbildung wurde bei etwa 25 Prozent festgestellt.

3.5 Leistungen des Rettungs- und Krankentransport-Dienstes

Die Gesamtzahl der Einsätze liegt bei rd. 1,3 Millionen jährlich. Davon entfallen etwa 66 Prozent auf die Feuerwehr, während 10 Prozent der Transporte von den sonstigen Einrichtungen der Gebietskörperschaften, die nicht zur Feuerwehr gehören, erbracht werden. Weitere 10 Prozent entfallen auf das Deutsche Rote Kreuz. Die Einsatzziffern der übrigen freiwilligen Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfallhilfe und Malteser Hilfsdienst) liegen jeweils zwischen 0,5 Prozent und 1 Prozent. Die sonstigen Einrichtungen (Werkfeuerwehren, private Unternehmen, Krankenhäuser und Krankenkassen) erbringen etwa 15 Prozent der Einsätze.

Für das Jahr 1972 ergibt die nachstehende Tabelle einen Leistungsüberblick an Hand der Einsatzzahlen mit einer Aufgliederung nach Art der Einsätze:

	Unfälle	Frühgeburten	Infektionen	Sonstige	Insgesamt
Öffentliche Feuerwehren und andere eigene Einrichtungen der kreisfreien Städte, Kreise und Gemeinden	170 059	7 167	7 145	756 885	941 256
Deutsches Rotes Kreuz	16 526	641	1 018	105 616	123 801
Arbeiter-Samariter-Bund	232	6	124	4 358	4 720
Johanniter-Unfallhilfe	1 744	125	42	4 877	6 788
Malteser Hilfsdienst	977	24	32	10 453	11 486
Sonstige, einschließlich Werkfeuerwehren und private Unternehmer	83 061	719	2 753	115 315	201 848
Insgesamt	272 599	8 682	11 114	997 504	1 289 899

3.6 Leistungsindex

Die Häufigkeitsverteilung der Einsätze auf die kreisfreien Städte und auf die Kreise entspricht den Einwohnerzahlen in diesen Bereichen. Es ergibt sich, daß auf 1000 Einwohner jährlich etwa 75 Einsätze entfallen, oder anders ausgedrückt: Im Durchschnitt nimmt jeder 13. Einwohner einmal jährlich Einrichtungen des Rettungs- und Krankentransportdienstes in Anspruch, sei es bei Unfällen im Verkehr, Haushalt oder Betrieb oder bei sonstigen medizinischen Notfällen, sei es im Rahmen der allgemeinen Krankentransportförderung. Dieser Index unterstreicht die Bedeutung, die der Rettungs- und Krankentransportdienst als Einrichtung zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung besitzt.

3.7 Kosten

An Kosten für den Rettungsdienst und Krankentransport wurden in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 1971 etwa 80 Millionen DM festgestellt. Aufgeteilt nach kreisfrei-

en Städten und Kreisen ergibt sich folgendes Bild: In den kreisfreien Städten entstanden Kosten in Höhe von 35,5 Millionen DM und in den Kreisen 43,7 Millionen DM.

Der Hauptteil hiervon entfiel entsprechend dem hohen Leistungsanteil an Einsätzen, wie dargestellt wurde, auf die von den Feuerwehren getragenen Einrichtungen: 30,8 Millionen DM in den kreisfreien Städten und 25,8 Millionen DM in den Kreisen. Hinzu kommen noch 9,2 Millionen DM in den Kreisen, die für sonstige neben den Feuerwehren bestehende kommunale Einrichtungen aufgewendet wurden. Weitere 8,3 Millionen DM der Kosten entfielen auf die freiwilligen Hilfsorganisationen, davon 7 Millionen DM auf das Deutsche Rote Kreuz. Im Unterschied zu den anderen freiwilligen Hilfsorganisationen, die in der Hauptsache in den Großstädten engagiert sind, liegt das Schwergewicht der Arbeit des Deutschen Roten Kreuzes im Rettungsdienst und Krankentransport in den ländlichen Gebieten: Al-

lein 5,7 Millionen DM der Kosten entstanden in den Kreisen, während lediglich 1,2 Millionen DM für die Tätigkeit in den kreisfreien Städten errechnet wurden.

Der noch verbleibende Differenzbetrag bis 80 Millionen DM, das sind 5 Millionen DM, verteilt sich im wesentlichen auf Einrichtungen des betrieblichen Rettungswesens, zu einem geringen Teil auf Krankentransporteinrichtungen der Krankenkassen, der Krankenhäuser und Privatunternehmen.

3.8 Kostenindex

Setzt man das jährliche Gesamtkostenvolumen in ein Verhältnis zu der Bevölkerungszahl, ergibt sich ein jährlicher Kostensatz von 4,64 DM pro Kopf der Bevölkerung (Stand 1971). In den kreisfreien Städten lag er mit 4,48 DM unter diesem Mittelwert, in den Kreisen, also in den ländlichen Bereichen, dagegen mit 4,77 DM leicht darüber.

3.9 Gebühren

Die folgende Übersicht zeigt, inwieweit die im Rettungsdienst und Krankentransport entstehenden Kosten durch Einnahmen aus Gebühren finanziert werden. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Gebühreneinnahmen in Prozentsätzen der Kosten angegeben.

	Gesamt- aufwendungen in DM	Davon Einnahmen %
Feuerwehren	56 560	27
andere eigene Einrichtungen der Gebietskörperschaften	9 236	28
Arbeiter-Samariter-Bund	208	47
Deutsches Rote Kreuz	6 956	38
Johanniter-Unfallhilfe	343	36
Malteser Hilfsdienst	779	37
Krankenkassen	819	53
Krankenhäuser	1 034	43
Werkfeuerwehren	2 904	12
private Unternehmer	371	–

Der höchste Anteil der Einnahmen aus Gebühren und Beförderungsentgelten an den Gesamtkosten findet sich bei den Krankenkassen (53 Prozent), Krankenhäusern (43 Prozent) und bei dem Arbeiter-Samariter-Bund (47 Prozent). Allerdings liegt auch bei den übrigen Hilfsorganisationen dieser Anteil mit 36 bis 38 Prozent noch deutlich über dem Einnahmenanteil der Feuerwehr und anderen eigenen Einrichtungen der Gebietskörperschaften, also der speziellen Rettungs- und Krankentransportdienste von Kreisen und kreisangehörigen Gemeinden, die lediglich eine Kostendeckung durch Einnahmen in Höhe von 27 bis 28 Prozent erzielen. Daß bei den Werkfeuerwehren und betrieblichen Einrichtungen die von den Unternehmen selbst zu tragenden Kostenanteile ein noch stärkeres Übergewicht haben, ist natürlich, da hier in den meisten Fällen ausschließlich die Dienste für Betriebsangehörige zur Verfügung stehen.

Für die privaten Unternehmen liegen Angaben über die Einnahmesituation nicht vor. Hier wird in aller Regel davon auszugehen sein, daß entsprechend dem hohen Anteil sog. Sitzwagentransporte, die mit relativ geringem Kostenaufwand betrieben werden können, ein kommerzieller Überschuß, ähnlich dem sonstigen Mietwagengewerbe, erzielt wird.

Grundlage für die **Gebührenberechnungen** sind entweder die Kilometerleistungen, die im Rettungsdienst und Krankentransport erbracht werden, oder festgelegte (Orts-) Pauschalen oder eine Kombination von beiden.

Der Kilometersatz schwankt zwischen einem Minimum von 0,40 DM bis zu einem Maximum von 2,– DM und liegt im Landesdurchschnitt bei 0,97 DM. Eine noch stärkere Variationsbreite ist bei den Pauschalsätzen anzutreffen: Hier liegt das Minimum bei 2,– DM und das Maximum bei 38,– DM, also dem 19fachen Satz der

niedrigsten Gebühr. Bei Notarzteinräufen liegen die Gebühren bei 150,– bis 180,– DM. Im Landesdurchschnitt, ausgenommen Notarztwageneinsätze, ergibt sich eine Ortstransportpauschale von 11,54 DM. Auf die Konsequenzen derart unterschiedlicher Gebührensätze wird beim Abschnitt IV.3.1.6 näher eingegangen.

3.10 Gebührenordnungen

Der außerordentlichen Unterschiedlichkeit in der Gebührenhöhe entspricht die Vielfalt der Gebührenregelungen.

Es sind vier Formen der Entgeltregelungen anzutreffen:

1. Gebührenordnungen der Gebietskörperschaften in Form des Satzungsrechts
2. Gebührenordnungen der freiwilligen Hilfsorganisationen
3. Vereinbarungen mit den örtlichen Krankenkassen
4. die Form der freien Vereinbarung zwischen Benutzer und Krankentransporteinrichtung

Entsprechend der im Land Nordrhein-Westfalen bestehenden Situation im Rettungs- und Krankentransportdienst, d. h. Wahrnehmung der Aufgaben überwiegend durch kommunale Einrichtungen, werden in den meisten Fällen die Kosten für die Benutzer nach Gebührenordnungen der Gebietskörperschaften berechnet. Bei den rund 350 erfaßten Einrichtungen wurde insgesamt 240 mal die Anwendung kommunaler Gebührenordnungen festgestellt, in 31 Fällen kommt die Entgeltregelung einer freiwilligen Hilfsorganisation zur Anwendung, und in 68 Fällen wurden die entgelte auf der Grundlage von Vereinbarungen mit den örtlichen Krankenkassen gezahlt. In 8 Fällen wurden die Entgelte in freier Vereinbarung ausgehandelt.

4. Krankenhausversorgung von Notfallpatienten

Zu einer wesentlichen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gehört auch, daß nahtlose Übergänge zwischen Rettungsdienst und Krankenhausversorgung gewährleistet sind und Krankenhäuser über die erforderlichen Betten- und Behandlungskapazitäten verfügen und in der Lage sind, die Rettungschancen durch differenzierte Maßnahmen zu erhöhen.

Ende 1973 wurde in Nordrhein-Westfalen eine **Bestandserhebung** aller Krankenhäuser, gesondert nach ihrer Aufgabenstellung und Zugehörigkeit zur 1., 2. oder 3. Versorgungsstufe durchgeführt, um ein Urteil über Umfang und Differenzierung vorhandener Einrichtungen zu gewinnen, die für eine Notfallversorgung erforderlich sind.

Anhand einer Kriterienliste wurden folgende Leistungsstellen geprüft und ausgewertet:

- a) Funktionsbereiche Anästhesie und Intensivpflege
- b) Schock- und Reanimationsräume
- c) zentraler ärztlicher Aufnahmedienst
- d) zentrale Aufnahmestation.

Ob und an welchen Krankenhäusern alle genannten Voraussetzungen für eine optimale Notfallversorgung erfüllt oder diese notwendigen Einrichtungen nur teilweise vorhanden sind, zeigt folgende Aufstellung:

4.1 Regierungsbezirk Arnsberg:

Eine optimale Versorgung ist möglich in 27 Krankenhäusern. Davon gehören

der 1. Versor- gungsstufe (180–320 Planbetten)	der 2. Versor- gungsstufe (320–600 Planbetten)	der 3. Versor- gungsstufe (mehr als 600 Planbetten)
4	19	4

Nur teilweise erfüllt sind die Voraussetzungen in 58 Krankenhäusern:

34	21	3
----	----	---

4.2 Regierungsbezirk Detmold:

Optimale Voraussetzungen für eine Notfallversorgung in 13 Krankenhäusern. Davon gehören

der 1. Versorgungsstufe (180-320 Planbetten)	der 2. Versorgungsstufe (320-600 Planbetten)	der 3. Versorgungsstufe (mehr als 600 Planbetten)
0	7	6

an.
eingeschränkte Möglichkeit einer optimalen Notfallversorgung in 9 Krankenhäusern:

5	4	0
---	---	---

4.3 Regierungsbezirk Düsseldorf:

35 Krankenhäuser erfüllen die Voraussetzungen für eine optimale Notfallversorgung, davon gehören

der 1. Versorgungsstufe (180-320 Planbetten)	der 2. Versorgungsstufe (320-600 Planbetten)	der 3. Versorgungsstufe (mehr als 600 Planbetten)
5	22	8

an.

Vorhaltungen für eine optimale Notfallversorgung sind nur teilweise erfüllt in 18 Krankenhäusern:

6	9	3
---	---	---

4.4 Regierungsbezirk Köln:

Die Voraussetzungen für eine optimale Notfallversorgung sind erfüllt in 36 Krankenhäusern, davon gehören

der 1. Versorgungsstufe (180-320 Planbetten)	der 2. Versorgungsstufe (320-600 Planbetten)	der 3. Versorgungsstufe (mehr als 600 Planbetten)
11	12	3

Die Voraussetzungen sind nur teilweise erfüllt bei 21 Krankenhäusern:

12	8	1
----	---	---

4.5 Regierungsbezirk Münster:

Eine optimale Versorgung ist möglich in 12 Krankenhäusern, davon gehören

der 1. Versorgungsstufe (180-320 Planbetten)	der 2. Versorgungsstufe (320-600 Planbetten)	der 3. Versorgungsstufe (mehr als 600 Planbetten)
0	11	1

an.

Die Anforderungen sind nur teilweise erfüllt in 16 Krankenhäusern:

5	11	0
---	----	---

IV. Situationsanalyse und Konzeption für die Entwicklung des Rettungswesens

Das Sollbild des modernen Rettungswesens von der Ersten Hilfe am Notfallort über das Meldesystem, den organisierten Rettungsdienst bis hin zur Krankenhausversorgung des Notfallpatienten ist heute klar umrissen. Für die einzelnen Glieder dieser Rettungskette sind allgemein anerkannte Orientierungspunkte und Maßstäbe gesetzt. Die Ergebnisse des Bund-/Länder-Ausschusses „Rettungswesen“, der Ständigen Konferenz „Rettungswesen“ sowie der Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag über Maßnahmen zur Verbesserung des Rettungswesens (BT-Drucksache 7/489), ferner die Rettungskongresse des Deutschen Roten Kreuzes in Göttingen (1970) und Sindelfingen (1974) waren hierfür von richtungsweisender Bedeutung.

Die im vorhergehenden Abschnitt dargestellte Situation des Rettungswesens wird analysiert und an Hand der vorgegebenen Orientierungspunkte und Maßstäbe auf die Folgen für die zukünftige Entwicklung des Rettungswesens im Lande NW näher untersucht. Allgemein ist festzustellen, daß das Rettungswesen, gemessen an den Möglichkeiten, die

durch erhebliche Fortschritte der medizinischen und technischen Wissenschaften inzwischen eröffnet und gegeben sind, heute noch vielfältige Mängel und zahlreiche Versorgungslücken aufweist.

1. Teilgebiet „Sofortmaßnahmen am Notfallort und erste Hilfe“

Der hilfsbereite Mitbürger, der Laie also, wird auch in Zukunft häufig im ersten Glied der Rettungskette stehen. Sein besonnenes und zweckmäßiges Handeln, die Sofortmaßnahmen (Bergung, Lagerung, Atemspende) und die Erste Hilfe in den Minuten, die zwangsläufig bis zum Eintreffen des organisierten Rettungsdienstes vergehen, werden auch weiterhin vielfach für den Ausgang von Notfällen mitbestimmend sein. Die menschliche und christliche Bereitschaft zur Hilfe am Nächsten ebenso wie der Erwerb der notwendigen Kenntnisse für Sofortmaßnahmen und Erste Hilfe, das sind die Grundvoraussetzungen. Berichte von Notfallmedizinern beweisen die Wirksamkeit der gezielten Laienhilfe.

Der Informationsgrad der Bevölkerung in diesen Kenntnissen ist noch viel zu gering. Man schätzt, daß etwa 10 Prozent der Gesamtbevölkerung über Sofortmaßnahmen am Notfallort oder Erste Hilfe Bescheid wissen. Berücksichtigt man den Verfall der Kenntnisse durch Vergessen und Veralten, so dürften es etwa nur 3 Prozent sein.

Über verkehrsrechtliche Vorschriften werden zwar seit einigen Jahren die Führerscheinbewerber verpflichtet, sich der Ausbildung in „Sofortmaßnahmen am Notfallort“ zu unterziehen. Nicht erfaßt ist jedoch bisher der viel größere Personenkreis jener, die den Führerschein vor dem 1. 8. 1969 erwarben. Eine gleichartige Verpflichtung wie bei den Führerscheinneuerwerbenden ist unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht möglich, da die Fahrerlaubnis zeitlich unbegrenzt erteilt wurde und nicht mit nachträglichen Auflagen versehen werden kann. Es bleibt also nur, diese Personengruppe über die Maßnahmen der Landesregierung zur Verkehrsaufklärung und Verkehrserziehung besonders anzusprechen.

Die Verbreitung von Erste-Hilfe Kenntnissen im Rahmen von bestimmten Dienst- und Arbeitsverhältnissen bei der Polizei, der Feuerwehr, den Behördenkraftfahrern und anderen Berufskraftfahrern sowie im Bereich des betrieblichen Rettungswesens ist ausreichend geregelt.

1.1 Schulen

Noch unzureichend ist die Erste-Hilfe-Ausbildung in den Schulen. Welcher beträchtlicher Teil der Gesamtbevölkerung auf diesem Wege erreicht werden kann, geht aus der Gesamtzahl der Schüler der Abschlußklassen, der Haupt-, Real- und Sonderschulen sowie der Klassen 9 der Gesamtschulen und Gymnasien hervor:

1974 - 208 000; 1975 - 207 000; 1976 - 242 000.

Deshalb strebt der Kultusminister an:

A. Alle Schüler der Abschlußklassen der Haupt-, Real- und Sonderschulen sowie der Schüler der Klassen 9 der Gesamtschulen und Gymnasien werden im Rahmen oder in Ergänzung des Biologieunterrichts oder in besonderen Kursen eine Erste-Hilfe-Ausbildung erhalten. Für die Übergangszeit werden in den Klassen 11 oder 12 der beruflichen Schulen und in den Klassen 11 und 12 der Gymnasien mit dem Leistungsfach „Sport“ entsprechende Kurse angeboten. An Gymnasien, die das Leistungsfach „Sport“ anbieten, werden Erste-Hilfe-Kurse auch im Rahmen des Sportunterrichts ab Klasse 9 durchgeführt.

Diese Ausbildung wird an dem Erste-Hilfe-Leitfaden des Deutschen Roten Kreuzes orientiert und einen Umfang von acht Doppelstunden haben. Sofern nicht Lehrer, die die „Lehrbefähigung für die Grundausbildung in Erster-Hilfe erworben haben, den Unterricht übernehmen, werden geeignete Ausbilder der freiwilligen Hilfsorganisationen als Übungsleiter in den Schulen eingesetzt. Die freiwilligen Hilfsorganisationen werden den Schulen für die Dauer der Ausbildung das erforderliche

Unterrichtsmaterial zur Verfügung stellen. Die Zusammenarbeit zwischen den Schulen und den freiwilligen Hilfsorganisationen wird auf der örtlichen Ebene geregelt. Die Schüler sollen nach Abschluß der Ausbildung eine Teilnahmebescheinigung erhalten.

- B. Lehrer aller Schulformen sowie die Lehramtsanwärter sollen in zunehmendem Maße an praxisbezogenen Lehrgängen der freiwilligen Hilfsorganisationen mit dem Ziel teilnehmen, die „Lehrbefähigung für die Ausbildung in Erster-Hilfe“ zu erwerben. Darüber hinaus planen die Schulaufsichtsbehörden für dieses Fach eigene Fortbildungsveranstaltungen für Lehrer.

1.2 Hochschulen

Die Hochschulen bieten den Studierenden bisher praktisch keine Möglichkeit für die Erste-Hilfe-Ausbildung. Um diesen äußerst unbefriedigenden Zustand baldmöglichst zu beseitigen, wird der Minister für Wissenschaft und Forschung den Universitäten und Hochschulen empfehlen, für Studierende aller Fachbereiche sowie Gasthörer in ausreichender Zahl Kurse für die Erste-Hilfe-Ausbildung anzubieten. In besonderer Weise sollen Studierende der Ingenieurwissenschaften und alle Studierende, die ein Lehramt anstreben darauf hingewiesen werden, wie dringlich es ist, gerade in den von ihnen angestrebten Berufen in der Ersten Hilfe ausgebildet zu sein. Für die Studierenden, die ein Lehramt anstreben, soll die Erste-Hilfe-Ausbildung so gründlich durchgeführt werden, daß sie in der Lage sind, später selbst im Schuldienst eine Grundausbildung in Erster Hilfe zu vermitteln oder doch zumindest zu organisieren. Das bedeutet, daß sie einen Leherschein erwerben sollten, der nach Abschluß des Lehrgangs erteilt wird.

1.3 Breitenausbildung

Neben den vorgenannten Zielgruppen wird der Bevölkerung ständig von den freiwilligen Hilfsorganisationen die Möglichkeit geboten, in kostenlosen Ersten-Hilfe-Kursen entsprechende Kenntnisse zu erwerben. Der Arbeiter-Samariter-Bund, das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfallhilfe und der Malteser Hilfsdienst sehen diese Breitenausbildung als eine ihrer wesentlichsten Verbandsaufgaben an.

Wenn man angesichts der Bedeutung der Laienhilfe für das Rettungswesen insgesamt als Zielvorstellung davon ausgeht, daß etwa jeder dritte Bürger in Erster Hilfe geschult sein sollte, wird offenbar, welche große Ausbildungsaufgabe noch zu bewältigen ist. Die freiwilligen Hilfsorganisationen bedürfen hierfür der gezielten staatlichen Unterstützung.

2. Teilgebiet „Notrufmeldesystem“

2.1 Einheitlicher Notruf 110

Der Deutsche Bundestag hat mit Beschluß vom 2. Dezember 1971 die Bundesregierung u. a. ersucht, eindringlich auf die Länder einzuwirken, damit diese entsprechend ihrer Zuständigkeit nach dem Grundgesetz die Einrichtung von Notrufanschlüssen 110 in allen Fernsprechnetzen und die Einführung des münzfreien Notrufs an öffentlichen Münzfernsprechern der Deutschen Bundespost beantragen.

Diesem Beschluß lag zugrunde, daß die Polizei sich bereit erklärt hatte, alle Notrufe entgegenzunehmen und – soweit sie nicht selbst zuständig ist – an die für die Hilfeleistung in Frage kommenden Stellen, also an die Einrichtungen des Rettungsdienstes, weiterzugeben. Aus der Bereitschaft der Polizei zur Entgegennahme und Weiterleitung von Notrufen ist ihr damit auch die Verpflichtung erwachsen, Notrufabfragestellen zu errichten und zu betreiben. Die Regierungschefs von Bund und Ländern haben dementsprechend am 20. 9. 1973 die allgemeine Einführung des einheitlichen Notrufs 110 beschlossen.

In Nordrhein-Westfalen ist diese Konzeption verwirklicht. Die Bürger des Landes können gegen Entrichtung einer Gebühr für ein Ortsgespräch in allen Teilen des Landes den Notruf 110 zur Abgabe von Hilfersuchen benutzen.

Da das Land Nordrhein-Westfalen bereits sehr frühzeitig, lange vor dem erwähnten Beschluß der Regierungschefs von Bund und Ländern daran gegangen ist, den Notruf 110 einzurichten, entsprechen die technischen Anlagen nicht der später entwickelten neuen Notruftechnik („Notruf 73“). Die besonderen Leistungsmerkmale dieser neuen Notruftechnik sind: Möglichkeit münzfreien Notrufs, Blockadefreischaltung, Feststellen des Anrufers. Nach den Bestimmungen der Fernmeldeordnung der Deutschen Bundespost darf das in Nordrhein-Westfalen vorhandene System bis Ende 1979 beibehalten werden. Hiernach wird das bisherige System durch den neuen „Notruf 73“ ersetzt. Damit wird dann auch die technische Möglichkeit zur Einrichtung des münzfreien Notrufs geschaffen. Allerdings ist die Kostenseite zu berücksichtigen. Die an die Deutsche Bundespost zu zahlenden Kosten für das gegenwärtig im Lande bestehende Notrufsystem belaufen sich auf rund 1,6 Millionen DM jährlich. Nach Einführung des „Notruf 73“ werden für das Land – allerdings ohne Münzfreiheit – etwa 1,808 Millionen DM für die Einrichtung und jährlich 3,242 Millionen DM für die laufende Unterhaltung zu zahlen sein. Diese Kosten erhöhen sich bei Schaffung eines münzfreien Systems um mehr als 3 Millionen DM für die Einrichtung und um über 4,5 Millionen DM für die Unterhaltung.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß über das öffentliche Fernsprechnetz lückenlos im ganzen Land die Notrufabfragestellen der Polizei erreicht werden können. Noch nicht realisiert ist, zumindest in den Kreisen, die Verbindung zwischen diesen Notrufabfragestellen und den Leitstellen des Rettungsdienstes.

Aus rettungsdienstlicher Sicht besteht das unbedingte Erfordernis, daß bei der Polizei auflaufende, an den Rettungsdienst gerichtete Notrufe unmittelbar an die Einsatzzentrale des Rettungsdienstes weitergeschaltet werden können. Dadurch werden Zeitverluste und Übermittlungsfehler ausgeschlossen und die Leitstelle kann bei dem Meldenden notwendige Rückfragen anstellen und weitere für den Einsatz des Rettungsdienstes erforderliche Informationen erfragen.

Eine moderne Lösung dieser nachrichtentechnischen Probleme in Zusammenarbeit zwischen Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst ist im Kreis Mettmann geschaffen. Dort sind seit dem 31. Januar 1975 alle auf der Kreisebene zu koordinierenden Aufgaben, nämlich

- der Rettungs- und Krankentransportdienst,
 - der Einsatz der Polizei,
 - der Feuerwehreinsatz,
 - die Katastrophenabwehr
- in einer Führungszentrale räumlich und funktionell zusammengefaßt.

Inwieweit diese räumliche Zusammenfassung im Hinblick auf die vielseitigen Aufgaben der Polizei zweckdienlich ist, muß die Praxis zeigen.

2.2 Notrufmelder an Straßen

Der Deutsche Bundestag hat mit dem oben erwähnten Beschluß die Bundesregierung ferner ersucht,

darauf hinzuwirken, daß nicht nur die Bundesautobahnen, sondern auch Bundesstraßen sowie Landstraßen in dünn besiedelten Gebieten, in angemessenen Abständen mit Notrufmeldern (Draht oder Funk) ausgerüstet werden.

Notrufmelder wie an den Bundesautobahnen gibt es an Bundes- und Landstraßen, bis auf den oben erwähnten Modellversuch, bisher noch nicht.

Notrufmelder an Straßen werden gefordert, weil es an vielen Streckenabschnitten des Straßennetzes nicht die Möglichkeit gibt, Notrufe über das öffentliche Fernsprechnetz abzusetzen. Notrufmelder an Straßen dienen dazu, dem Verkehrsteilnehmer Gelegenheit zu geben, Hilfersuchen und Anfragen aus den verschiedensten Anlässen, z. B. bei Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, Unfällen und Pannen im Straßenverkehr, an geeignete Stellen zu richten. Dabei ist es selbstverständlich, daß Notrufmelder bei Unfällen mit Personenschäden auch für die Alarmierung des Rettungsdienstes dienen. Hieraus ist zu fol-

gern, daß das Erfordernis der Einrichtung von Notrufmeldern (Draht oder Funk) an bestimmten Streckenabschnitten von Bundesstraßen sowie Landstraßen, insbesondere in dünn besiedelten Gebieten, geprüft werden muß.

Die Regelung der Zuständigkeit und der Finanzierung bedürfen noch der Klärung.

Der gegenwärtige Ausbau des Polizeirufsäulennetzes entspricht dem Bedarf. Eine weitere Verdichtung ist nicht vorgesehen.

2.3 Notfallmeldung

Mit dem Ausbau der technischen Notrufmöglichkeiten allein ist es nicht getan. Vielmehr muß zugleich erreicht werden, daß die Bevölkerung lernt, über Fernsprecheinrichtungen Hilfeersuchen in der richtigen Weise und mit dem notwendigen Inhalt abzugeben. Die Erfahrung bei Notfällen zeigt, daß aus der situationsbedingten Hast und Kopflösigkeit heraus der Rettungsdienst häufig nur unzureichende oder gar unbrauchbare Informationen erhält. Deshalb sind mit Zeitverlust verbundene Rückfragen erforderlich.

Es müssen also Verhaltensregeln und Meldeschemata entwickelt werden, mit denen die Bevölkerung im Rahmen von Aufklärungsaktionen vertraut gemacht wird.

3. Teilgebiet „Organisierter Rettungsdienst“

3.1 Analyseergebnis

Bei einer Globalanalyse der Situation des Rettungsdienstes ist festzustellen, daß es auf diesem Gebiet bisher eine einheitliche und planmäßige Entwicklung nicht gab, d. h. es hat sich kein qualifizierbares und quantifizierbares Gesamtbild ergeben. Vielmehr ist deutlich geworden, daß der Rettungsdienst nicht nur regional sondern auch örtlich ganz erhebliche organisatorische Unterschiede aufweist. Dies wirkt sich auch unmittelbar auf die Qualität der rettungsdienstlichen Versorgung vor Ort aus.

Die Vielgestaltigkeit der Entwicklung des Rettungsdienstes und des Krankentransports ist zum Teil auch durch die bisherige Rechtssituation bedingt. So war ein Teilbereich des Rettungsdienstes, nämlich die Hilfeleistung bei Unglücksfällen und öffentlichen Notständen, gesetzlich im Feuerschutzrecht geregelt, während der Rettungsdienst für medizinische Notfälle, soweit sie nicht als Unglücksfälle auftreten, sowie der allgemeine Krankentransport einer gesetzlichen Regelung entbehrten. Dies hatte auch zur Folge, daß die einzelnen Mitwirkenden, also die öffentlichen Feuerwehren und die anderen speziellen Krankentransport- und Rettungsdienste auf gemeindlicher Ebene oder auf Kreisebene, ferner die vier freiwilligen Hilfsorganisationen Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfallhilfe und Malteser Hilfsdienst sowie private Unternehmer und Werkfeuerwehren, zu einem geringen Teil auch Krankenkassen und Krankenhäuser mehr nebeneinander als miteinander arbeiteten.

3.1.1 Unzugängliche Koordinierung der Rettungsdienste

Die kreisfreien Städte und größeren Mittelstädte mit Berufsfeuerwehren bzw. freiwilligen Feuerwehren mit hauptamtlichen Kräften verfügen über zentrale Einsatzleitstellen, die jedoch in aller Regel ausschließlich für den Bereich der Feuerwehr selbst tätig sind. Was dort noch fehlt, ist die integrierte Zusammenarbeit mit den übrigen im Rettungsdienst tätigen Organisationen und Unternehmen und die Unterstellung des Gesamtpotentials des Rettungsdienstes und des Krankentransports unter eine einheitliche Einsatzführung. In den Kreisen mit Ausnahme von Mettmann, sind vergleichbare Leitstellen überhaupt noch nicht vorhanden. Aus diesem Mangel resultiert die in der Öffentlichkeit häufig vorgebrachte Kritik, daß die Zusammenarbeit zwischen den im Rettungsdienst tätigen Organisationen sehr zu wünschen übrig läßt.

3.1.2 Ungleichmäßige Verteilung der Rettungswachen

Die Gesamtzahl der ständig besetzten Rettungswachen im Land ist mit 408 nicht gering. Im Hinblick auf die flächenmäßige Versorgung muß allerdings festge-

stellt werden, daß 125 Rettungswachen davon in den kreisfreien Städten stehen, die insgesamt jedoch nur ein Zehntel der Gesamtfläche des Landes einnehmen. In den Kreisen befinden sich auf rund 90 Prozent der Gesamtfläche des Landes 283 Rettungswachen. In den kreisfreien Städten versorgt demnach eine Rettungswache im Durchschnitt ein Gebiet von 25 qkm, in den Kreisen dagegen 110 qkm. Hinzu kommt die ungleichmäßige Verteilung der Rettungswachen, insbesondere in den ländlichen Gebieten auf grund unterschiedlicher Aktivitäten in den Gemeinden. Dadurch wird der Wert des errechneten Flächenversorgungsindex weiter eingeschränkt.

Als Folgerung ergibt sich, daß ein gleichmäßiges und flächendeckendes Versorgungsnetz des Rettungsdienstes noch fehlt.

Eine Rolle für die bisherigen Mängel spielt auch, daß die Rettungswachen häufig räumlich ungenügend versorgt, bzw. verkehrsmäßig ungünstig gelagert sind.

Bei 48 Prozent der insgesamt vorhandenen Rettungswachen ist nur ein einziger Krankenkraftwagen stationiert. Befindet sich dieser Wagen im Einsatz, ist eine Hilfeleistung nur von einer anderen Rettungswache aus möglich. Diese Situation und das Verteilungsmuster der Rettungswachen sind ursächlich dafür, daß es häufig noch viel zu lange dauert, bis die Rettungsfahrzeuge am Notfallort eintreffen.

3.1.3 Unzureichende Ausstattung mit Rettungswagen

Obwohl es 1246 Krankenkraftwagen im Lande gibt und damit ein Krankenkraftwagen auf knapp 14000 Einwohner kommt, sagt dieser rein rechnerische Durchschnittswert nichts über die tatsächliche Versorgung aus. 376 Krankenkraftwagen entsprechen nicht den geltenden Anforderungen. Lediglich 295 Fahrzeuge (144 RTW nach der MAGS/INFAS-Erhebung von 1971 plus 151 RTW, die in den Jahren 1972, 1973, 1974 nach Angabe der Lieferfirmen beschafft wurden) stehen als Rettungswagen und damit als Spezialfahrzeuge für die Notfallversorgung zur Verfügung. Der Rest sind Krankentransportwagen. Gegenwärtig beträgt das Verhältnis zwischen Rettungswagen (für den Transport von Notfallpatienten) und Krankentransportwagen (für den Transport von anderen Patienten) etwa 1:3. Der Anteil der Rettungswagen an der Gesamtzahl der Krankenkraftwagen ist also noch viel zu gering. Bei der Neu- oder Ersatzbeschaffung von Krankenkraftwagen muß daher den Rettungswagen der absolute Vorrang eingeräumt werden.

3.1.4 Personalmangel

Erst 13 Prozent der vorhandenen Rettungswachen sind personell ausreichend besetzt.

Ein anderer Wert offenbart die mangelhafte Personalsituation ebenso deutlich: Im Landesdurchschnitt sind nur 66 Prozent der vorhandenen Krankenkraftwagen im Einsatz mit Fahrer und ständigem Beifahrer besetzt. Auch hier zeigt sich wiederum das Stadt/Land-Gefälle: in den kreisfreien Städten sind es 88 Prozent, in den Landkreisen hingegen nur 51 Prozent, d. h. jeder zweite Krankenkraftwagen fährt dort ohne den schon für den allgemeinen Krankentransport notwendigen Beifahrer. Als Folgerung für die Entwicklung des Rettungsdienstes ergibt sich das Erfordernis einer Personalvermehrung mindestens in dem Umfang, daß zukünftig jeder Krankenkraftwagen im Einsatz neben dem Fahrer mit einem für die Patientenbetreuung besonders ausgebildeten Begleiter besetzt ist. Weiterer Personalbedarf ergibt sich für die Besetzung der zu schaffenden Leitstellen.

3.1.5 Ausbildungsmängel

Die Ausbildung des im Rettungsdienst tätigen Personals ist noch weithin unzureichend und entspricht nicht den Forderungen der modernen Notfallmedizin. Über Kenntnisse, die zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen bei Notfällen einzusetzen sind, wie die Herzdruckmassage, die Funktion peripherer Venen, die Infusion und schließlich die Notintubation, verfügen die wenigsten.

Die Mängel in der Ausbildung sind seit langem klar erkannt und haben zum Entwurf des Gesetzes über

den Beruf des Rettungsmitarbeiters geführt, der sich gegenwärtig im Bundestag in der parlamentarischen Beratung befindet.

3.1.6 Mängel der Finanzierung und Gebührengestaltung

Die bisherigen Träger des Krankentransports und des Rettungsdienstes waren darauf angewiesen, die notwendigen Aufwendungen durch Einnahmen aus Gebühren und Eigenmitteln zu decken. Die Einnahmen aus Gebühren betrugen im Durchschnitt bei den Feuerwehren nur 28 Prozent, bei den freiwilligen Hilfsorganisationen 36 bis 38 Prozent (DRK, JUH, MHD) und höchstens 47 Prozent (ASB). Der weitaus überwiegende Teil der Kosten blieb damit ungedeckt und war von den Gemeinden und den mitwirkenden Organisationen zu tragen.

Das Land hat sich nur bei der Beschaffung von Krankenkraftwagen durch Gewährung von Beihilfen beteiligt. Wie in Abschnitt III.3.10 dargestellt, sind die Gebührenregelungen äußerst vielgestaltig. Die Beförderungsentgelte schwanken nicht nur von Ort zu Ort um bis zu mehreren 100 Prozent. Auch innerhalb eines Ortes gibt es unterschiedliche Tarife zwischen den einzelnen Organisationen, was häufig Ursache für ungesunde Konkurrenzverhältnisse ist.

Wie die unbefriedigende Gesamtsituation der Finanzierung des Rettungsdienstes als ein Hemmnis für seine notwendige Entwicklung anzusehen ist, so haben die sehr unterschiedlichen Gebührensätze zwangsläufig zu einer nicht mehr vertretbaren Ungleichheit in Qualität und Leistung des Rettungsdienstes geführt.

Ob, wann und wie der Rettungsdienst zukünftig den Anforderungen genügen wird, hängt zu einem ganz erheblichen Teil von der Sicherstellung des Finanzbedarfs ab. Nach § 12 des am 1. 1. 1975 in Kraft getretenen Gesetzes über den Rettungsdienst trägt das Land die Investitionskosten und gewährt den Trägern Zuschüsse zu den Betriebskosten nach Maßgabe des Haushaltsplanes. Die ungedeckten Kosten können die Träger des Rettungsdienstes z. Z. noch über Benutzungsgebühren nach § 6 des Kommunalabgabengesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen abwälzen. § 32 des Entwurfs eines Bundesgesetzes über die Beförderung von Personen mit Krankenkraftwagen sieht jedoch vor, daß die Landesregierung oder die von ihr bestimmte Behörde Beförderungsentgelte durch Rechtsverordnung festsetzen kann. Die Beförderungsentgelte sollen so bemessen sein, daß sie auf der Grundlage einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung und einer leistungsfähigen Organisation die Kosten decken. Sie sollen regional gestaffelt werden können.

3.2 Gesetz über den Rettungsdienst

Nach heutiger Auffassung ist der Rettungs- und Krankentransportdienst eine öffentliche Aufgabe, die innerhalb der Vielzahl der Gemeinschaftsaufgaben der Gesellschaft dem Bereich der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge zuzuordnen ist. Dies bedeutet, daß der Staat die Gesamtverantwortung für den Rettungsdienst zu übernehmen hat. Als Folge daraus ergeben sich für den Gesetzgeber und die öffentliche Verwaltung Aufgabe und Verpflichtung, für einen leistungsfähigen Rettungsdienst zu sorgen, d. h. ein bedarfsrechtes System ständig einsatzbereiter und leistungsfähiger Rettungsdienste zu schaffen, welches die flächendeckende und gleichmäßige Versorgung des gesamten Landesgebietes gewährleistet.

Die Landesregierung hat festgestellt, daß eine derart umfassende Aufgabe die Schaffung einer eigenständigen gesetzlichen Grundlage erfordert. Die Landesregierung hat daher den Entwurf eines Gesetzes über den Rettungsdienst vorgelegt, der nach 3. Lesung am 13. November 1974 vom Landtag verabschiedet wurde. Das Gesetz über den Rettungsdienst (RettG) vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481/SGV. NW. 215) ist am 1. Januar 1975 in Kraft getreten.

Das Gesetz wird eine rasche und planmäßige Behebung der bisherigen organisatorischen, strukturellen und finanziellen Mängel des Rettungsdienstes bewirken.

Der wesentlichste Inhalt der gesetzlichen Neuregelung ist:

- die Aufgabenbeschreibung, welche den Rettungsdienst als Teilgebiet der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ausweist;
- die funktionale Zusammenfassung von Rettungsdienst und Krankentransport zu einer organisatorischen Einheit;
- die Zuweisung der Verantwortlichkeit für die Gesamtaufgabe „Rettungsdienst“ an die Kreise und kreisfreien Städte;
- die Festlegung der Organisationsstruktur, d. h. eine zentrale Leitstelle und dezentralisierte gelegenen Rettungswachen in jedem Organisationsbereich des Trägers;
- die Sicherstellung des Finanzbedarfs.

Ein in seiner Leistungskraft und Qualität entscheidend verbesserter Rettungsdienst verursacht erhebliche Mehrkosten. Das Land wird hierzu einen ganz wesentlichen Beitrag leisten. Es übernimmt sämtliche notwendigen **Investitionskosten** für den Vollausbau des Rettungsdienstes einschließlich der Kosten für Ersatzbeschaffungen. Außerdem werden beträchtliche Zuschüsse zu den laufenden **Kosten des Betriebs** gegeben.

Grundsätze zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes

Bei der technischen und organisatorischen Durchführung des Rettungsdienstes sind von den Trägern bestimmte Grundsätze und Richtwerte zu beachten. Aus dem Rettungsdienstgesetz ergeben sich Planungsaufgaben und Exekutivaufgaben.

3.2.1 Planungsaufgaben

Die Kreise und kreisfreien Städte als Träger der Gesamtaufgabe „Rettungsdienst“ haben die Infrastruktur des Rettungsdienstes planerisch zu gestalten. In einem für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt zu erstellenden **Bedarfsplan** sind zunächst der Standort und die Ausgestaltung der zentralen **Leitstelle** zu bestimmen. Die Leitstelle ist als Einrichtung des Trägers zu errichten und zu unterhalten. Sogenannte Nebenleitstellen sind nicht zulässig. Bei der Festlegung des Standortes sind auch die Topographie des Geländes und die dadurch beeinflusste Reichweite des Wirkungsbereiches der Betriebs-Funk-Relais-Stelle zu berücksichtigen.

Für die **Rettungswachen** sind die benötigte Anzahl, die zweckmäßige räumliche Verteilung und die Standorte im einzelnen anhand folgender **Planungsrichtwerte** zu ermitteln:

Für die Verwirklichung eines voll flächendeckenden Rettungssystems spielt die Zeit, die zwischen dem Notfallereignis und der ersten medizinischen Versorgung durch den Rettungsdienst liegt, eine entscheidende Rolle. Bei verschiedenen Notfallsituationen wurde festgestellt, daß eine Hilfe, die erst nach fünf Minuten erfolgt, bereits zu spät kommen kann. Zumindest in den ländlichen Gebieten wird jedoch der Rettungsdienst innerhalb dieser kurzen Zeitspanne nur selten zur Stelle sein können. Schon für das Erkennen des Notfalls und die Meldung an den Rettungsdienst werden meist mehrere Minuten benötigt. Diese sogenannte „Vorlaufzeit“ kann nur durch ein optimales Meldesystem sowie durch Aufklärung und Ausbildung der Bevölkerung verkürzt werden.

Für die Standortplanung der Rettungswachen kann somit nur die sogenannte „Toleranzzeit“ maßgeblich sein. Das ist die Zeit, die zwischen dem Einsatzbefehl und dem Eintreffen des Rettungsdienstes am Notfallort liegt. Die Meinungen darüber, wie viele Minuten toleriert werden können, sind nicht einheitlich. Ein vernünftiges Ergebnis kann nur in einem Kompromiß zwischen dem medizinisch zu Fordernden und dem wirtschaftlich Realisierbaren liegen. Aus finanziellen und personellen Gründen ist es nicht möglich, einen Rettungsdienst aufzubauen, der jeden denkbaren Notfallort des Landes in kürzester Zeit erreicht.

Als Richtwert für die Planung ist eine Toleranzzeit von fünf bis acht Minuten zugrunde zu legen. Die

Toleranzzeit setzt sich aus der Ausrückezeit und der Fahrzeit zum Notfallort zusammen. Nach Erfahrungen mit Sonderfahrzeugen der Feuerwehr und des Rettungsdienstes beträgt die Ausrückezeit etwa eine Minute, und es kann bei Alarmfahrten je Minute etwa ein Kilometer zurückgelegt werden. Daraus ergeben sich ein Einsatzradius von sieben Kilometern und ein Einsatzgebiet von 154 qkm je Rettungswache.

In den Großstädten und Ballungsrandzonen werden diese Werte heute schon häufig unterschritten. Sie sind deshalb vor allem für die Planung in den ländlichen Bereichen der Eifel, des Niederrheins, des Münsterlandes, des Detmolder Raums und des Sauerlandes von Bedeutung.

Die bestehenden leistungsfähigen Rettungswachen sind in das von jedem Planungsträger über seinen Rettungsdienstbereich zu spannende Netz von Rettungswachen einzubeziehen. Für den Träger ergibt sich damit die Notwendigkeit festzustellen, wo bereits leistungsfähige Rettungswachen, z. B. der Feuerwehren, der freiwilligen Hilfsorganisationen oder Dritter bestehen, wo noch Versorgungslücken vorhanden sind und wie diese, gegebenenfalls durch Errichtung eigener Rettungswachen, geschlossen werden müssen.

Wenn in Ausnahmefällen, z. B. zur Abdeckung eines Spitzenbedarfs an Wochenenden, Rettungswachen als Ergänzung regulärer, ständig besetzter Rettungswachen betrieben werden, ist dies bei der Festlegung der Einsatzbereiche im Bedarfsplan zu berücksichtigen.

Der enge Bezug zwischen dem Rettungsdienst und der Krankenhausversorgung erfordert planerische Maßnahmen, die ein nahtloses Ineinandergreifen beider Bereiche sicherstellen. Der Träger des Rettungsdienstes hat in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern den Rettungsdienstbereich in Notfallaufnahmebereiche aufzuteilen. Bei der Festlegung von Notfallaufnahmebereichen für Kreis- oder Stadtrandgebiete dürfen Verwaltungsgrenzen nicht bestimmend sein. Nach Maßgabe des rettungsdienstlichen Bedarfs müssen in diesen Fällen benachbarte Träger die Notfallaufnahmebereiche über die Verwaltungsgrenzen hinweg zweckmäßig gestalten.

Da der Rettungsdienst von der Aufgabenstellung her ein Bestandteil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist, muß das Personal eine geregelte fachliche Fortbildung in der Notfallmedizin erhalten. Der Planungsträger muß sich daher der Mitwirkung geeigneter Krankenhäuser versichern.

In Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern sind auch die Stationierung und der Betrieb von Notarztwagen zu lösen.

Ein Bestandteil des vom Träger des Rettungsdienstes aufzustellenden Bedarfsplanes ist ferner die Entwicklung und Darstellung der fernmeldetechnischen Verbindungen, sowohl für die an den Rettungsdienst gerichteten Hilfeersuchen und Notfallmeldungen als auch für die Kommunikation der Leitstelle mit den Rettungswachen sowie mit anderen Einrichtungen, z. B. der Polizei und den Krankenhäusern.

Da das Land die Investitionskosten in vollem Umfang trägt, stellen die Bedarfspläne die Grundlage für die Landesförderung dar. Für die darin ausgewiesenen Einzelmaßnahmen sind daher auch die entstehenden Kosten zu ermitteln.

3.2.2 Exekutivaufgaben

3.2.2.1 Leitstelle

Die Leitstelle ist das zentrale Schaltorgan für sämtliche übrigen Einrichtungen des Rettungsdienstes, in dem alle Lenkungs-, Leitungs- und Koordinierungsbefugnisse gegenüber sämtlichen am Rettungsdienst mitwirkenden Organisationen und Institutionen gebündelt sind.

a) Organisation und Aufgaben

Die Leitstelle hat im einzelnen folgende Aufgaben:

- sie ist die Auflaufstelle für sämtliche an den Rettungs- und Krankentransportdienst gerichteten Hilfeersuchen;

- sie erteilt die Einsatzanordnungen an die Rettungswachen, lenkt und leitet den Einsatz aller im Rettungsdienstbereich vorhandenen Notarztwagen, Rettungswagen, Krankentransportwagen, gegebenenfalls auch anderer Rettungsmittel. Steht ein Hubschrauber für den Einsatz im Rettungsdienst zur Verfügung, wird eine (im Einzelfall zu bestimmende) Rettungsleitstelle auch seine Einsatzleitung und damit die Integration in das Netz des bodengebundenen Rettungsdienstes durchzuführen haben;
- sie führt den Zentralen Krankenbettennachweis und hat damit ständig eine Übersicht über die freien Betten in den Krankenhäusern des Rettungsdienstbereiches. Ist in besonderen Fällen (z. B. Schwerverbrannte, Hirn- oder Rückenmarksverletzte) eine Versorgung in besonderen Fachabteilungen außerhalb des Rettungsdienstbereiches erforderlich, so ermittelt die Leitstelle über eine andere Leitstelle die benötigten Betten- und Behandlungskapazitäten bei Krankenhäusern mit entsprechenden Fachabteilungen und organisiert die Verlegung;
- sie gleicht bei besonderen Situationen, etwa bei Massenkarambolagen, Flugzeug- oder Bahnunglücken, Epidemien, einen Fehlbedarf entweder im eigenen Bereich oder bei benachbarten Leitstellen durch sofortige nachbarliche Hilfe aus, soweit diese Ereignisse nicht die Ausmaße einer Katastrophe annehmen und sodann nicht die Katastrophenabwehrleitung Land in Funktion tritt. Dies gilt gegebenenfalls auch über die Landesgrenzen hinaus;
- sie koordiniert die Dienstpläne der Rettungswachen;
- sie führt die Funkaufsicht nach BOS;
- sie arbeitet mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst und seinen Einrichtungen (Arztnotrufzentralen) zusammen;
- sie arbeitet auch mit der Polizei, dem betrieblichen Rettungswesen, dem technischen Hilfswerk, der DLRG sowie der Feuerwehr und dem Katastrophenschutz eng zusammen, soweit sie nicht schon mit den Leitstellen der beiden letztgenannten Einrichtungen kombiniert ist;
- sie hat alle für den weiteren Ausbau und die effektivere Durchführung des Rettungsdienstes benötigten Betriebsdaten zu sammeln.

Aus diesem Aufgabenkatalog ergeben sich Forderungen für die personelle Besetzung, den Raumbedarf und die technische Ausstattung der Leitstelle.

b) Personelle Besetzung

Die Leitstelle muß rund um die Uhr besetzt sein und wird im Schichtbetrieb geführt. Der Personalbedarf beträgt mindestens sechs Mann, wobei unterstellt ist, daß die Leitstelle in Spitzenzeiten mit zwei Mann, sonst nur mit einem Mann, besetzt ist. Die Kombination der Leitstelle nach dem RettG mit einer Leitstelle nach dem FSHG und/oder einer Leitstelle nach dem KatsG bedingt gegebenenfalls einen Mehrbedarf. Im übrigen sind für die Ermittlung des Personalbedarfs der Leitstellen in den einzelnen Rettungsdienstbereichen maßgebend die Bevölkerungszahl, die Anzahl der nachgeordneten Rettungswachen und die Zahl der dort stationierten Krankenkraftwagen.

Das Personal der Rettungsleitstellen muß nicht nur mit der Bedienung der fernmeldetechnischen Einrichtungen vertraut sein, sondern auch über rettungsdienstliche und sanitätstaktische Erfahrungen verfügen.

Eigene rettungsdienstliche Erfahrungen benötigt das Personal insbesondere, um aufgrund der Notfallmeldung zu entscheiden,

- ob ein medizinischer Notfall vorliegt, also Rettungswagen oder Notarztwagen ausrücken müssen;
- ob ärztliche Hilfe am Notfallort erforderlich ist, also nur der Einsatz eines Notarztwagens oder eines Rettungshubschraubers infrage kommt;

- ob der Notfallpatient dem Krankenhaus angekündigt werden muß, damit dort Vorbereitungen für seine sofortige fachärztliche Versorgung getroffen werden können;
- ob ein unproblematischer Krankentransportfall vorliegt, für den die Entsendung eines Krankentransportwagens ausreichend ist.

c) Raumbedarf

Die Leitstelle benötigt mindestens einen separaten, gegenüber anderen Tätigkeitsbereichen abgeschlossenen Raum mit ausreichender Schalldämpfung, Belüftung und Beleuchtung. Der Träger des Rettungsdienstes kann die Leitstelle daher grundsätzlich in jedem seiner Dienstgebäude unterbringen.

d) Technische Ausstattung

Die technische Einrichtung muß der Funktion als Nachrichten- und Einsatzzentrale in vollem Umfang entsprechen. Als Nachrichtenmittel werden benötigt:

1 Abfragetisch mit mindestens 2 Arbeitsplätzen, auf die zu schalten sind:

A) Fernmeldeanschlüsse, drahtgebunden:

- a) eigener Fernsprechananschluß in entsprechender Baustufe, gegebenenfalls einheitliche Notrufabfrage beim Endteilnehmer gem. TK AK II,
- b) möglichst über Postmietleitung,
 - ba) auf Notrufzentrale 110/Feuerwehrruf 112 (soweit nicht schon integriert)
 - bb) von Rettungswachen
 - bc) zu Polizei, Feuerwehr, Krankenhäusern, ärztlichem Bereitschaftsdienst etc.

Funkverbindung:

- a) zu allen Rettungsmitteln und Einrichtungen des Rettungsdienstbereiches,
- b) zu den mit dem Rettungsdienst zusammenarbeitenden Institutionen (Polizei, Feuerwehr u. a.)

B) Weitere fernmeldetechnische Anlagen:

- a) Überleiteinrichtungen (Funk-Funk und Funk-Draht),
- b) Alarmgeber 5-Ton-Folge,
- c) nach Möglichkeit Fernschreiber.

C) Sonstige technische Einrichtungen:

- a) Zeitstempler,
- b) Gesprächsaufzeichnungsgerät,
- c) Notstromversorgung.

Als Führungshilfsmittel werden benötigt:

- Übersichtskarte des Rettungsdienstbereichs (Magnettafel),
- Organisationskarte und Leuchttafel,
- Bettenachweis, tabellarisch oder (evtl. in fernerer Zukunft) über ADV,
- Fahrzeugzustandsanzeige (Standorte, Betriebsbereitschaft usw.),
- Karten benachbarter Rettungsdienstbereiche, Streckenpläne von DB und BAB,
- Betriebsbuch und Dokumentation,
- Organisationsübersichten,
- Übersichten der Funkverkehrskreise und wichtiger Fernsprechananschlüsse.

3.2.2.2 Rettungswachen

Die Rettungswache ist das ausführende Organ des Rettungs- und Krankentransportdienstes. Rettungswachen können alle Stellen sein, von denen Krankenkraftwagen (Notarztwagen, Rettungswagen, Krankentransportwagen) zum Einsatz ausrücken, z. B. Feuerwachen, Krankenkraftwagendepots der freiwilligen Hilfsorganisationen, Wachen von Werksfeuerwehren, Krankenhäuser sowie der Sitz von privaten Krankentransportunternehmen.

Als Rettungswachen gelten auch die Standorte von Rettungshubschraubern.

a) Organisation und Aufgaben

Die Kreise und kreisfreien Städte sind grundsätzlich verpflichtet, neben der Leitstelle auch Rettungswachen in ausreichender Zahl zu betreiben. In den Kreisen hat diese gesetzliche Verpflichtung praktische Auswirkungen dann, wenn nicht bereits leistungsfähige Gemeinden selbst Rettungswachen betreiben, sei es durch ihre Feuerwehren oder durch andere gemeindliche Rettungs- und Krankentransportdienste. Das gleiche gilt neben den Kreisen auch für die kreisfreien Städte, wenn sie leistungsfähige Einrichtungen der freiwilligen Hilfsorganisationen in Anspruch nehmen.

Rettungswachen müssen grundsätzlich ständig besetzt und einsatzbereit sein. Ausnahmen hiervon sind nur zulässig, wenn es die Erfordernisse des Rettungsdienstes gestatten oder notwendig machen.

Die Rettungswachen sind der Leitstelle als einer Einrichtung des Trägers des Rettungsdienstes insoweit unterstellt, wie es die Gewährleistung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rettungsdienstes erfordert. Dies bedeutet, daß

- Einsatzaufträge auf Weisung der Leitstelle durchgeführt werden;
- bei der Rettungswache unmittelbar eingehende Hilfeersuchen der Leitstelle übermittelt werden;
- die Rettungswachen im Rahmen des mit der Leitstelle abgestimmten Dienstplanes einsatzbereit sind;
- eine ständige Unterrichtung der Leitstelle über die Einsatzbereitschaft des Personals und der Rettungsmittel erfolgt;
- der Leitstelle über durchgeführte Einsätze und gegebenenfalls besondere Vorkommnisse berichtet wird.

Diesen Pflichten unterliegen sämtliche Rettungswachen, sei es, daß sie vom Träger des Rettungsdienstes selbst, den gemeindlichen Feuerwehren oder von den freiwilligen Hilfsorganisationen betrieben werden.

b) Raum- und Fahrzeugbedarf

Rettungswachen sind grundsätzlich in festen Gebäuden einzurichten. Der Raumbedarf einer Rettungswache richtet sich nach der Zahl der dort stationierten Krankenkraftwagen und dem zu ihrem Betrieb benötigten Personal. Es sind mindestens folgende Räume erforderlich:

- Dienst- und Aufenthaltsraum, in dem auch die fernmeldetechnische Ausstattung untergebracht ist;
- Schlafrum mit angemessener Bettenzahl;
- Wasch- und Duschräum, Toilette;
- Doppelgarage mit ausreichender lichter Höhe zur Unterstellung von Rettungswagen;
- Lagerraum.

Bei größeren Rettungswachen kommen Räume für zusätzliches Personal, Gerätschaften, Desinfektion, Kraftfahrzeugwartung und -pflege hinzu.

Bei jeder Rettungswache müssen grundsätzlich **mindestens zwei Krankenkraftwagen** stationiert sein, damit selbst bei geringer Einsatzhäufigkeit ein weiterer Wagen zur Reserve vorhanden ist. Zur Mindestausstattung jeder Rettungswache gehört **ein Rettungswagen**. Verfügt die Rettungswache über eine größere Anzahl von Krankenkraftwagen, so müssen davon mindestens 60% Rettungswagen sein.

Der **Richtwert** 60% Rettungswagen : 40% Krankentransportwagen gilt auch für die Gesamtzahl der in einem Rettungsdienstbereich vorhandenen Krankenkraftwagen.

Über die Mindestausstattung hinaus bemißt sich die Zahl der benötigten Krankenkraftwagen nach der Bevölkerungszahl. Als **Richtwert** gilt

1 Krankenkraftwagen auf 12000 bis 15000 Einwohner.

c) **Personelle Besetzung**

Der Personalbedarf richtet sich nach den Anforderungen im Rettungsdienst und im Krankentransport sowie nach der Zahl der in der Rettungswache vorhandenen Krankenkraftwagen.

Für die kleinste ständig besetzte Rettungswache (1 RTW, 1 KTW), bei der der Rettungswagen ständig einsatzbereit sein muß, während der Krankentransportwagen erfahrungsgemäß nur montags bis freitags während der Tageszeit jeweils acht Stunden benötigt wird, ergibt sich ein Personalbedarf von 15 bis 16 Mann. Bei dieser Berechnung ist ein Ausfall durch Krankheit und Urlaub berücksichtigt.

Auch bei größeren Rettungswachen ist diese Personalstärke als Basisbedarf zugrunde zu legen. Der darüber hinausgehende Personalbedarf wird durch die tatsächliche Auslastung der über die Mindestfahrzeugzahl hinaus vorhandenen Rettungswagen und Krankentransportwagen bestimmt. Dabei wird sich in der Regel ergeben, daß der Personalbedarf nicht linear mit der Fahrzeugzahl steigt, also nicht: $6 \text{ Fahrzeuge} = 3 \times 15 \text{ Mann}$, sondern niedriger liegt.

Der **Befahrer** von Rettungswagen und Krankentransportwagen muß eine seiner Tätigkeit angemessene, besondere **fachliche Ausbildung** haben. Die näheren Einzelheiten werden in dem Gesetz über den Beruf des Rettungssanitäters, das sich gegenwärtig im Bundestag in der parlamentarischen Beratung befindet, geregelt.

d) **Fernmeldetechnische Ausstattung**

Die Rettungswache muß mit einem Fernsprechhauptanschluß und einer Nebenstellenanlage (mindestens 1/1) eingerichtet sein. Eine Nebenstelle ist unmittelbar auf die Leitstelle über Postmieteleitung zu schalten. Damit wird erreicht, daß durch die automatische Amtsrufweiterschaltung zur Leitstelle Hilfesuchende jederzeit einen Notruf absetzen können, auch wenn das gesamte Personal der Wache mit den Fahrzeugen ausgerückt ist. Ferner entsteht ein Kostenvorteil, da besonderes Personal zur Telefonbedienung nicht vorgehalten werden muß.

Um auch bei Ausfall der Drahtverbindung den jederzeitigen Kontakt zwischen Rettungswache und Leitstelle sicherzustellen, muß jede Rettungswache über ein Funkgerät (Fu G 7b) verfügen.

e) **Verhältnis Rettungswachen/Krankenhaus**

Bei der Planung von Rettungswachen und bei der Planung von Krankenhäusern sind die Möglichkeiten einer räumlichen Integration zu prüfen. Die Stationierung von Notarztwagen oder Rettungswagen an Krankenhäusern erfordert fraglos ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus. Doch ergeben sich daraus für alle Beteiligten nur Vorteile: Das Personal des Rettungsdienstes erhält eine ständige Auffrischung und Ausweitung seiner Kenntnisse, den Krankenhäusern wird durch einen leistungsfähigen Rettungsdienst ihre Versorgungsaufgabe erleichtert und schließlich steigert die Integration beider Systeme die Rettungschancen des Notfallpatienten.

Aus diesen Erkenntnissen heraus ist von Professor Dr. Herzog bei den Kreiskrankenhäusern Gummersbach und Waldbröl das sog. „Gummersbacher Modell“ entwickelt worden, welches als optimales System der rettungsdienstlichen Versorgung zu bezeichnen ist.

4. **Teilgebiet „Krankenhausversorgung von Notfallpatienten“**

Die im Abschnitt III. 4.1–4.5 dargestellte Untersuchung zeigt, daß unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Notfallversorgung Strukturverbesserungen an Krankenhäusern überwiegend des westfälischen Landesteils vordringlich sind. Kleinere Belegkrankenhäuser mit weniger als 100 Planbetten erweisen sich in der Regel als ungeeignet für diese Aufgaben.

4.1 **Krankenhausgesetz des Landes NW**

Das Krankenhausgesetz des Landes NW vom 25. Februar 1975 (GV. NW. S. 210) enthält verschiedene Vorschriften, die die engen funktionellen Bezüge zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus regeln.

Nach § 3 Abs. 1 Satz 2 und 3 sind Krankenhäuser verpflichtet, Notfallpatienten vorrangig zu versorgen. Sonderkrankenhäuser, die u. U. nicht über Einrichtungen für eine qualifizierte Versorgung und Behandlung verfügen, sollen sich auf die ärztliche Erstversorgung beschränken und nach Herstellung der Transportfähigkeit für die Weiterleitung von Notfällen in leistungsfähige Allgemeinkrankenhäuser Sorge tragen.

§ 4 Abs. 1 verpflichtet die Krankenhäuser, dem bei der Leitstelle geführten Zentralen Krankbettennachweis alle erforderlichen Angaben, insbesondere die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden.

Der § 6 verpflichtet die Krankenhäuser zur Zusammenarbeit, die sich

- auf die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten,
- die Verteilung der Krankenhausaufnahmen,
- die nach § 10 des Gesetzes über den Rettungsdienst festzulegenden Notfallaufnahmebereiche und
- u. a. auf die personelle und sächliche Mitwirkung im Rettungsdienst erstreckt.

4.2 **Verbesserung der Notfallversorgung im Krankenhaus**

Die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen sieht Einrichtungen für die gesonderte Aufnahme und Behandlung von Notfällen vor, die als gesonderte Leistungsstellen von der allgemeinen Krankenhausaufnahme zu trennen sind und einen engen funktionalen Verbund zwischen Notaufnahme, Reanimation, Noteingriffen, Röntgen, Intensivpflege und zentraler Operationsabteilung ermöglichen.

Lage und Zuordnung der Leistungsstellen beeinflussen die Effizienz der Notfallversorgung. Hierbei sind an äußere und innere Erschließung durch das horizontale und vertikale Wegesystem besondere Anforderungen zu stellen.

Unfallchirurgische Spezialabteilungen sind bei Krankenhausneubauten der 2. und 3. Versorgungsstufe in der Regel vorgesehen bzw. mit 55 Fachabteilungen und insgesamt 2200 Betten bereits realisiert. Diese werden im Krankenhausbedarfsplan ausgewiesen. Für die Versorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen stehen Fachabteilungen an 8 Krankenhäusern mit 585 Betten zur Verfügung.

Im Rahmen von Sonderbauprogrammen für Intensivpflegestationen wird eine Anpassung älterer Krankenhäuser an den modernen Stand gefördert.

Durch geplante und zum Teil bereits im Bau befindliche Neubauvorhaben wird die in einigen Regionen des Landes noch problematische neurochirurgische Versorgung mit Einrichtung von 13 weiteren Fachabteilungen verbessert und auch dem Bedarf für die Versorgung schwerer Verbrennungen durch Einrichtung von zwei weiteren Verbrennungszentren Rechnung getragen. Derzeit stehen 3 Zentren mit insgesamt 21 Betten einschließlich 7 Kinderbetten zur Verfügung.

Bei der Planung von Krankenhausneubauten wird davon ausgegangen, daß

- die Einrichtung selbständiger unfallchirurgischer Abteilungen gefördert wird, wenn die Disziplinenaufteilung des Krankenhauses dies erlaubt,
- Rettungswagen an größeren Krankenhäusern stationiert werden können, evtl. im Verbund mit anderen Häusern, womit sich das Problem der Besetzung mit Notfallärzten ökonomischer lösen läßt,
- eine gesonderte Liegendkrankenauffahrt vorzuziehen ist,
- in der Eingangsebene Schock-, Untersuchungs- und Behandlungsräume eingeplant werden,

- die Fachbereiche Anästhesie, Reanimation und Intensivpflege zum Leistungsangebot eines modernen Krankenhauses gehören,
- zentrale Operationsabteilungen geschaffen werden, die den Anforderungen an eine moderne Unfallbehandlung entsprechen.

Die Höhe des notwendigen **Investitionsaufwandes** für eine Realisierung der auf die Zukunft ausgerichteten Planung läßt sich an Betrachtung der steigenden Kosten nicht fixieren. Durch das verfügbare Finanzvolumen und die derzeit beschränkten Investitionsmöglichkeiten ist eine kritische Prüfung der Prioritäten notwendig.

Da die hier dargestellte Konzeption integrierter Bestandteil der Krankenhausplanung des Landes ist und im Rahmen der Krankenhausförderung durchgeführt wird, erübrigt sich eine gesonderte Darstellung im Abschnitt V.

V. Ziele der Planung

1. Teilgebiet „Sofortmaßnahmen am Notfallort und erste Hilfe“

Der Kultusminister wird

- die oberen Schulaufsichtsbehörden erneut anweisen, dafür Sorge zu tragen, daß in zunehmendem Maße die Schüler der Abschlußklassen der Haupt-, Real- und Sonderschulen sowie die Schüler der Klassen 9 der Gesamtschulen und Gymnasien im Rahmen oder in Ergänzung des Biologieunterrichts oder in besonderen Kursen eine Erste Hilfe-Ausbildung erhalten;
- den Lehrern und Lehramtsanwärtern erneut empfehlen, an Lehrgängen der freiwilligen Hilfsorganisationen zum Erwerb der „Lehrbefähigung für die Grundausbildung in Erster Hilfe“ teilzunehmen;
- Lehrer für Biologie und Fachberater für Verkehrserziehung zu entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen einladen;
- Kurse in Erster Hilfe bei der Lehrplanentwicklung im Sekundarbereich I berücksichtigen.

Der Minister für Wissenschaft und Forschung wird

- den Universitäten und Hochschulen empfehlen, Studierenden aller Fachbereiche sowie Gasthören in ausreichender Zahl Kurse für die Erste Hilfe-Ausbildung anzubieten;

- Studierende der Ingenieurwissenschaften und alle Studierende, die ein Lehramt anstreben, auf die Notwendigkeit einer Erste Hilfe-Ausbildung in diesen Berufen hinweisen;
- darauf hinwirken, daß Studierende, die ein Lehramt anstreben, die „Lehrbefähigung für die Grundausbildung in Erster Hilfe“ erwerben.

2. Teilgebiet „Notrufmeldesystem“

Der Innenminister wird

- die bisherigen Anlagen für den einheitlichen Notruf 110 ab 1979 durch die neue Notruftechnik (Notruf 73) ersetzen. Damit wird die technische Möglichkeit zur Einführung des münzfreien Notrufs geschaffen.

3. Teilgebiet „Organisierter Rettungsdienst“

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales wird zur zügigen Durchführung des Gesetzes über den Rettungsdienst darauf hinwirken, daß

- von den Kreisen und kreisfreien Städten Bedarfspläne aufgestellt werden;
- in den 31 Kreisen zentrale Leitstellen errichtet und unterhalten werden;
- in den 23 kreisfreien Städten bestehende Leitstellen entsprechend den Vorschriften des Gesetzes ausgebaut werden;
- ein flächendeckendes Netz von Rettungswachen geschaffen wird, um jeden potentiellen Notfallort in mindestens 8 Minuten zu erreichen;
- in jeder Rettungswache mindestens ein Rettungswagen und ein Krankentransportwagen stationiert sind;
- das Gesamtverhältnis von Rettungswagen zu Krankentransportwagen bei jedem Träger des Rettungsdienstes auf 60:40 verbessert wird;
- in jedem Rettungsdienstbereich mindestens ein Notarztwagen betrieben wird;
- alle Krankenkraftwagen mit Fahrer und Rettungssanitäter oder sonst fachlich entsprechend ausgebildetem Beifahrer zum Einsatz kommen;
- der bodengebundene Rettungsdienst durch zwei weitere Rettungshubschrauber für das Münsterland und das Niederrheingebiet ergänzt wird.

Die Landesregierung wird im Rahmen eines fünfjährigen Stufenplanes die zum Vollausbau des Rettungsdienstes benötigten Investitionsmittel in Höhe von 200 Mio DM bereitstellen und den Trägern des Rettungsdienstes Zuschüsse zu den Betriebskosten nach Maßgabe des Haushaltsplans gewähren.

– MBl. NW. 1975 S. 720.

Einzelpreis dieser Nummer 4,20 DM

Einzellieferungen nur durch den August Bagel Verlag, 4 Düsseldorf, Grafenberger Allee 100, Tel. 6888293/94, gegen Voreinsendung des vorgenannten Betrages zuzügl. 0,50 DM Versandkosten auf das Postscheckkonto Köln 85 16-507. (Der Verlag bittet, keine Postwertzeichen einzusenden.) Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer bei dem August Bagel Verlag, 4 Düsseldorf, Grafenberger Allee 100, vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgegeben von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Elisabethstraße 5. Druck: A. Bagel, Düsseldorf; Vertrieb: August Bagel Verlag, Düsseldorf. Bezug der Ausgabe A (zweiseitiger Druck) und B (einseitiger Druck) durch die Post. Ministerialblätter, in denen nur ein Sachgebiet behandelt wird, werden auch in der Ausgabe B zweiseitig bedruckt geliefert. Bezugspreis vierteljährlich Ausgabe A 25,80 DM, Ausgabe B 27,- DM.

Die genannten Preise enthalten 5,5% Mehrwertsteuer.