

**Differenzen zwischen dem niederländischen und deutschen System der  
präklinischen Notfallrettung**

eingereicht von:

Florian Letzel

geboren am 17.07.1988

Osterstraße 39

26725 Emden

an der

Mathias Hochschule Rheine

Im Studiengang: Management für Gesundheit und Pflege (B.A.)

Modul: IV.5 - Organisation als Beziehungssystem V

Erstprüfer / Dozent: Prof. Dr. M. Wessels

Zweitprüfer / ./.: Dr. Y. Steernberg

Datum: Freitag, 1. Februar 2013

Inhaltsverzeichnis

<b>I. Abkürzungs- / Symbolverzeichnis .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>II. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>III. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>1. Einleitung und Problembeschreibung.....</b>	<b>- 4 -</b>
1.1. Ausgangssituation .....	- 4 -
1.2. Problemdefinition .....	- 4 -
<b>2. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit.....</b>	<b>- 5 -</b>
2.1. Fragestellung .....	- 5 -
2.2. Zielsetzung.....	- 5 -
<b>3. methodisches Vorgehen.....</b>	<b>- 5 -</b>
3.1. Literaturrecherche .....	- 5 -
3.2. Erhebung im Rahmen des Praktikums.....	- 6 -
3.3. Praktikumsbetriebe .....	- 6 -
<b>4. Darstellung der Ergebnisse aus den Niederlanden.....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>5. Gegenüberstellung – Bundesrepublik Deutschland ./ Niederlande .....</b>	<b>- 8 -</b>
5.1. Organisation und Gesetzgebung.....	- 8 -
5.2. Ausbildung und Kompetenzen .....	- 9 -
5.3. präklinische und klinische Versorgung.....	- 10 -
<b>6. Zusammenfassung.....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>7. Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Niederlanden und Deutschland-</b>	<b>11 -</b>
<b>8. Fazit .....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>9. Ausblick .....</b>	<b>- 13 -</b>
<b>10. kritische Reflexion .....</b>	<b>- 13 -</b>
<b>11. Literatur-/ Quellenverzeichnis .....</b>	<b>- 14 -</b>
<b>12. Schlusserklärung .....</b>	<b>- 16 -</b>

## ***I. Abkürzungs- / Symbolverzeichnis***

§	Paragraf
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
et al.	et alii
etc.	et cetera
MMT	Mobile Medizinische Team
i. d. R.	in der Regel
RettAss	Rettungsassistent
RettAssG	Rettungsassistentengesetz
RettSan	Rettungssanitäter
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
s.g.	so genannt
Tab.	Tabelle
usw.	und so weiter
v.A.	vor Allem
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

## ***II. Tabellenverzeichnis***

Tabelle 1 - Kontinuierliche Fort-/ Weiterbildung.....	- 10 -
---	--------

## ***III. Abbildungsverzeichnis***

Abbildung 1 - Verfahrensanweisung bei Asthma Cardiale .....	- 7 -
---	-------

## **1. Einleitung und Problembeschreibung**

### *1.1. Ausgangssituation*

Durch den Beruf des Gesundheits- und Krankenpflegers und eine langjährige, ehrenamtliche Tätigkeit beim Deutschen Roten Kreuz ist mir bekannt, dass es bei akut auftretenden Notfällen nicht selten um Minuten und Sekunden geht. Insbesondere im grenznahen Gebiet kann es daher durchaus passieren, dass ein Rettungsmittel aus dem jeweiligen Nachbarland alarmiert wird. Daher ist es äußerst interessant, beide Systeme gegenüberzustellen. Ein Fokus liegt hier auf eventuellen Problemen bei einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.

### *1.2. Problemdefinition*

Die bodengebundene, präklinische Notfallversorgung durch Einrichtungen des Rettungs- und Notarztdienstes stellt einen essentiellen Bestandteil der Rettungskette und somit der Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten und/oder verletzten Bürgern dar. In der Bundesrepublik Deutschland ist jedes einzelne Bundesland für die Verabschiedung und Umsetzung eines Rettungsdienstgesetzes und somit die Sicherstellung der fachlich qualifizierten Notfallrettung verantwortlich. Ein Problem in der täglichen, präklinischen Versorgung akut vital bedrohter Patienten durch nicht-ärztliches Personal, welches den Hauptbestandteil der Notfallrettung darstellt, stellt die fehlende Gesetzesgrundlage in allen Bundesländern für invasive Eingriffe oder die Applikation von Medikamenten dar. Diese Themen sind bereits seit Jahren bekannt und werden auf Bundesebene diskutiert.

In anderen Ländern der Europäischen Union, unter anderem den Niederlanden, gibt es diese Uneinigheiten nicht. Die Versorgung der regulären Notfallpatienten wird fast ausschließlich durch examiniertes Pflegepersonal sichergestellt, welches sich auf klare und einheitliche gesetzliche Regelungen berufen kann. Zusätzlich ist es durch ein großes Spektrum an Berufserfahrung sowie Fachweiterbildungen speziell für Notfalleinsätze qualifiziert. Ein Einsatz von Notärzten ist sehr selten.

## **2. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit**

### *2.1. Fragestellung*

Wo liegen die Differenzen im Bezug auf Qualifikation, Kompetenz und rechtlichen Rahmenbedingungen der präklinischen Notfallversorgung zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den Niederlanden – wo könnten aufgrund dessen, Probleme in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auftreten?

### *2.2. Zielsetzung*

Auf die konkrete Situation innerhalb Deutschlands als Bundesrepublik soll in dieser Arbeit nicht eingegangen werden. Der Fokus liegt auf den Grenzgebieten zu den Niederlanden, hier speziell auf dem Bundesland Niedersachsen. Ziel dieser Arbeit ist es, das Rettungsdienstsystem der Niederlande anhand der Erfahrungen im Rahmen des Praktikums ansatzweise zu beschreiben sowie Unterschiede zwischen dem deutschen und niedersächsischen System zu identifizieren und gegenüberzustellen. Ferner soll analysiert werden, wo es Probleme bei der grenzüberschreitenden Hilfeleistung geben könnte bzw. gibt. Es wird bewusst auf eine ausführliche Analyse der Ist-Situation in der Bundesrepublik Deutschland verzichtet, da dieses Thema ausreichend in der deutschen Literatur beschrieben ist. Um einen guten Überblick über das deutsche System zu erhalten, wird der Band 2 des Lehrbuches für präklinische Notfallmedizin aus dem Verlag Stumpf und Kossendey in der aktuellen Fassung empfohlen.

## **3. methodisches Vorgehen**

### *3.1. Literaturrecherche*

Die Literaturrecherche in Deutschland erfolgte sowohl in der Mathias Hochschule Rheine als auch in der sehr umfangreichen privaten Bibliothek. Die niederländische Literaturrecherche wurde mit Unterstützung eines Übersetzers durchgeführt. Es wurde themenbezogene Literatur zur Verfügung gestellt und übersetzt. Eine Datenbankrecherche wurde in der Datenbank PubMed durchgeführt. Die genutzten Suchbegriffe waren Rettungsdienst, Organisation, Qualifikation, Ausbildung, Notkompetenz, Heilpraktikergesetz sowie Notfallsanitätärgesetz in unterschiedlichen Kombinationen.

### *3.2. Erhebung im Rahmen des Praktikums*

Als Methode zur Analyse der Situation in den Niederlanden wurde die teilnehmende Beobachtung aus der Disziplin der Sozialwissenschaften gewählt. Ferner wurden Interviews mit den Mitarbeitern der Praktikumseinrichtungen sowie einem Mitarbeiter der Acute Zorg Euregio (Beschreibung siehe Anhang) geführt.

Die Untersuchung in Deutschland erfolgte außerhalb des Praktikums. Daher wird diese hier im Einzelnen nicht näher beschrieben.

### *3.3. Praktikumsbetriebe in den Niederlanden*

Das Praktikum für die präklinische Untersuchung erfolgte bei der Ambulance Oost – Stützpunkt Enschede. Die Erhebung für den klinischen Teil erfolgte im Medisch Spectrum Twente auf der Spoedeisende Hulp (Notaufnahme).

## **4. Darstellung der Ergebnisse aus den Niederlanden**

Die Rettungsleitstelle in den Niederlanden nennt sich Meldkamer. Hier laufen sowohl die Notrufe der Feuerwehr und Polizei als auch die für den Rettungsdienst/Krankentransport ein. Es wird eine standardisierte Abfrage gestartet, anhand dessen der Anrufer an eine spezialisierte Kraft der einzelnen Gebiete weitergeleitet wird. Diese kann sowohl eine gezielte Befragung am Telefon als auch eine Anleitung zu Erster Hilfe durchführen.

In der praktischen Arbeit wird zwischen A und B Einsätzen unterschieden. Die A Einsätze sind s.g. High-Care Einsätze (Notfalleinsätze). Diese werden nochmals in A1 und A2 kategorisiert. Bei ersteren muss das Rettungsmittel innerhalb von 15 Minuten am Einsatzort eintreffen. Bei A2 Einsätzen bleiben 30 Minuten Zeit. Für diese Einsätze gibt es speziell ausgerüstete Fahrzeuge s.g. Ambulancen (A-TW). Die B Einsätze sind mit den deutschen Krankentransporten zu vergleichen – sie werden in dieser Arbeit nicht näher beschrieben, da sie für Notfalleinsätze nicht eingesetzt werden. Die Fahrzeugbesatzung der A-TW besteht aus zwei festen Personen. Zum einen der Ambulancechauffeur – er ist sowohl für das Fahren des Einsatzfahrzeuges als auch für die medizinische Assistenz zuständig. Die Hauptverantwortung für den gesamten Einsatz und die medizinische Behandlung des Notfallpatienten obliegt dem

Ambulacepfleger (Ambulance Verpleegkundige). Seine Kompetenzen sind für den Ambulancedienst der gesamten Niederlande einheitlich geregelt und festgelegt. Dies passiert mit krankheitsbildbezogenen Verfahrensanweisungen (s.g. Protokollen) in denen genau festgelegt ist, wann der Pfleger welche Maßnahmen ergreifen muss/darf. Diese sind durch den Dachverband für den Rettungsdienst (Ambulancezorg Nederland) festgelegt und nennen sich Landelijke Protocolle Ambulancezorg.

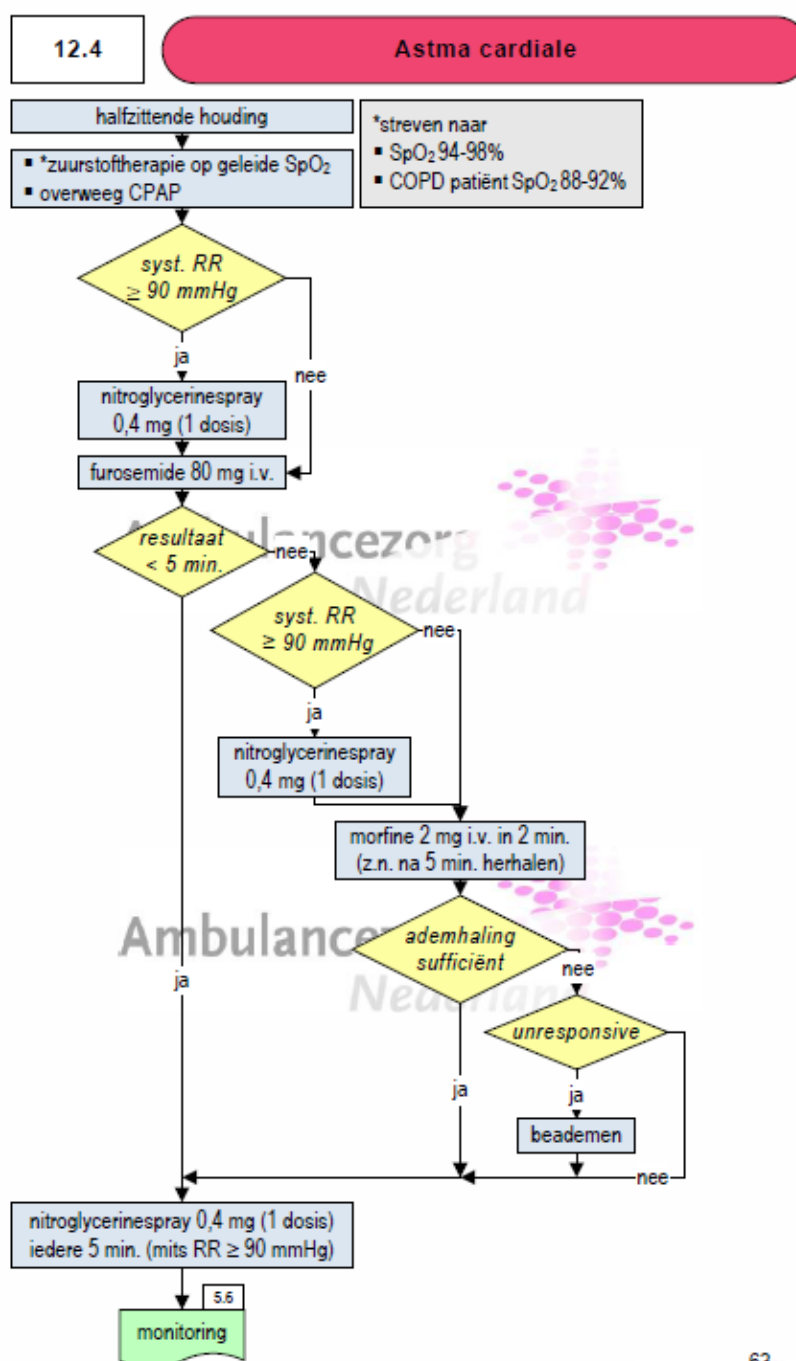


Abbildung 1 - Verfahrensanweisung bei Asthma Cardiale

Quelle: (Ambulancezorg(NL), 2011)

Ärztliches Personal kommt in den Niederlanden ausschließlich bei größeren Schadenslagen oder zur Einleitung einer Narkose zum Einsatz. In solchen Fällen wird eines der s.g. Mobile Medizinische Teams (MMT) alarmiert. Das Team besteht grundsätzlich aus einem Arzt und einem Pfleger, welche für Rettungseinsätze speziell qualifiziert sind. (Acute Zorg Euregio - Enschede, 2010). Insgesamt gibt es hiervon sechs Stück in den Niederlanden. Vier davon, welche mit einem Hubschrauber ausgestattet sind sowie zwei bodengebundene Teams.

## **5. Gegenüberstellung – Bundesrepublik Deutschland ./ Niederlande**

### *5.1. Organisation und Gesetzgebung*

Aufgrund föderaler Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland fällt die Gesetzgebung für den Rettungsdienst in den Aufgabenbereich der einzelnen Bundesländer. Hieraus resultieren 16 Landesrettungsdienstgesetze, die die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes regeln. Diese weichen jedoch in erheblichem Maße voneinander ab. (Rupp, 2010). Doch auch die Bundesländer regeln nicht alle Belange des Rettungsdienstes bis ins Detail. Sie werden letztlich durch einzelne Kreise oder Städte ausgestaltet. Daraus ergibt sich ein System, in welchem jeder ärztliche Leiter für seinen Bereich entscheiden kann, was den einzelnen Rettungsassistenten erlaubt ist. Sie können also einzelne Medikamente für den Gebrauch freigeben. Hierauf muss jeder einzelne Rettungsassistent fortgebildet und geprüft werden, um es schließlich anwenden zu dürfen. Wenngleich auch diese abgelegte Prüfung nichts an der fehlenden Gesetzesgrundlage für die Gabe von Medikamenten ändert. Der Rettungsdienst in den Niederlanden ist hingegen zentral organisiert. Als Dachorganisation gibt es seit 2008 die Ambulancezorg Nederland (AZN), welche die seit dem Jahr 2000 existierenden 25 Regionalverbände (Regionale Ambulancevoorzieningen – RAV) unterstützt und die kollektiven Interessen der Branche nach außen vertritt (Ambulancezorg Nederland, 2012). So gibt die Dachorganisation z.B. landesweite Handlungsanweisungen für die Pfleger im Rettungsdienst heraus – sie s.g. Protokolle (siehe Punkt 4). Dieses hat zur Folge, dass man in jeder Region der Niederlande in einem Notfall auf eine identische Versorgung zurückgreifen kann.



## 5.2. Ausbildung und Kompetenzen

In der Notfallrettung in Deutschland überwiegen zweierlei Ausbildungsstufen. Auf der einen Seite der Rettungssanitäter, welcher seine Qualifikation durch eine 520 stündige Ausbildung mit anschließender Prüfung erlangt – auf der anderen Seite den Rettungsassistenten, welcher in der Regelausbildungszeit von zwei Jahren insgesamt 2.800 theoretische und praktische Ausbildungsstunden absolviert. (Bundesagentur für Arbeit, 2012). Der Rettungssanitäter hat im Rettungsdienst die Aufgabe, den Rettungsassistenten zu unterstützen und in aller Regel das Fahrzeug zu führen. Der Rettungsassistent ist die höchste, nichtärztliche Qualifikation im Rettungsdienst. Seine Ausbildung und Kompetenz wird im Rettungsassistentengesetz (RettAssG) aus dem Jahre 1989 geregelt. Laut Gesetz ist er „Helfer des Arztes“, der bis zum Eintreffen eines Mediziners lebensrettende Maßnahmen durchführen und ihn anschließend bei der weiteren Behandlung unterstützen soll. (Bundesministerium für Justiz, 2012). Es gibt keine weitere gesetzliche Grundlage, die es dem Rettungsassistenten erlauben, erweiterte medizinische Maßnahmen wie invasive Eingriffe oder die Gabe von Medikamenten durchzuführen. Lediglich eine Empfehlung der Bundesärztekammer aus dem Jahre 1992 besagt, dass der Rettungsassistent im Falle einer Nichterreichbarkeit eines Notarztes oder wenn alle anderen Maßnahmen ausgeschöpft sind, eine kleine Auswahl an invasiven Eingriffen eigenständig durchführen kann. (Bundesärztekammer, 1992). Wann diese Situation vorliegt, muss der Rettungsassistent selbst entscheiden. In den Niederlanden ist die Ausbildung des Ambulancechauffeurs vergleichbar mit der des Rettungssanitäters. Auch das Aufgabenspektrum ist vergleichbar. Zusätzlich ist aber klar geregelt, dass der Ambulancechauffeur das Einsatzfahrzeug zu führen hat. Hierfür ist er speziell geschult und muss i.d.R. auch eine Fahrerlaubnis der Klasse C1 vorweisen. Die Ausbildung zum Ambulancpflegeger (Ambulance Verpleegkundige) ist erheblich komplexer als die des Rettungsassistenten. Als Grundlage müssen Sie eine Krankenpflegeausbildung durchlaufen, die drei bis vier Jahre dauert. Anschließend sammeln sie ein Jahr Berufserfahrung, um sich in den Bereichen Notaufnahme, Kardiologie, Anästhesie oder Intensivpflege weiterzubilden. Diese Weiterbildung dauert nochmal 2 Jahre. Nach einem weiteren Jahr, fachbezogener Berufserfahrung, können Sie die Weiterbildung zum Ambulancpflegeger besuchen. Erst nach dieser einjährigen Weiterbildung dürfen sie eigenverantwortlich Notfalleinsätze übernehmen. Durch diese fundierte und spezialisierte Ausbildung und die landesweit geltenden Protokolle können

Ambulancepfleger in den Niederlanden auch ohne ärztliches Personal eine Vielzahl an invasiven Eingriffen wie Defibrillation, Gabe von Medikamenten bis hin zu Betäubungsmitteln und die Koniotomie eigenständig durchführen. Diese Kompetenzen werden ihnen rechtsicher durch die Landelijk Protokole Ambulancezorg zugesprochen.

### 5.3. Fortbildung und Rezertifizierung

Die deutschen Rettungsassistenten müssen jährlich 30 Fortbildungsstunden nachweisen. Dieses ist ebenfalls nicht bundeseinheitlich geregelt. Eine Rezertifizierung für den Beruf des Rettungsassistenten ist nicht notwendig. In den Niederlanden muss jeder Ambulancepfleger mehrere Punkte nachweisen, um seine Qualifikation für die Notfallrettung zu erhalten (siehe Tabelle 1).

4 regionale Fortbildungen (invasive Techniken, Krankenhaus, Beurteilung durch Kollegen)	pro Jahr
2 landesweiter Fortbildungen	pro Jahr
1600 Stunden Berufserfahrung	in 5 Jahren
1 Profcheck (= Rezertifizierung)	in 5 Jahren

Tabelle 1 - Kontinuierliche Fort-/ Weiterbildung

### 5.3. präklinische und klinische Versorgung

Die Versorgung des Notfallpatienten in den Niederlanden stellte sich innerhalb und außerhalb der Klinik als absolut vergleichbar mit der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland heraus. Dies ist sicherlich den mittlerweile international geltenden Standards wie ERC-Guidelines oder Advanced Trauma Life Support zu verdanken.

## **6. Zusammenfassung**

Die Ausbildung der niederländischen Pflegerinnen und Pfleger auf den Ambulancen ist im Vergleich zur deutschen sehr beachtlich. Die Einsatzkräfte greifen durch die Vielzahl an Weiterbildungen und Berufserfahrung auf ein enormes theoretisches, aber auch praktisches Wissen zurück, mit dem sie einen weitaus größeren Handlungsspielraum haben als die deutschen Rettungsassistenten. Ferner können Sie sich auf landesweit geltende Verfahrensanweisungen stützen und somit ihre Handlungen, auch vor dem Gesetz, absichern. Diese beiden Faktoren führen zu einer fachlich enorm kompetenten und effizienten Versorgung der Patienten in den Niederlanden. Das deutsche System funktioniert vollkommen anders. Hier haben die Ärztinnen und Ärzte die Hoheit über eine Vielzahl von medizinischen Eingriffen. Dieses sorgt insbesondere in der Notfallversorgung gelegentlich für Situationen, in denen Rettungsassistenten sich durch die Einleitung erweiterter medizinischer Maßnahmen einem enormen haftungsrechtlichen Risiko aussetzen, oder alternativ der Patienten auf eine adäquatere Versorgung warten müssen bis ein Arzt anwesend ist, obwohl bereits ein Rettungsmittel vor Ort ist.

## **7. Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Niederlanden und Deutschland**

Trotz aller Unterschiede – die Versorgung in Ihren Grundzügen ist auf beiden Seiten der Grenze vergleichbar. Feste Handlungsabfolgen und internationale Standards wie z.B. das Abarbeiten des Advanced Trauma Life Support-Schemas (ABCDE) oder der ERC Guidelines machen es einfach, auch ohne gute Sprachkenntnisse, zusammenzuarbeiten. Probleme wird es erst bei erweiterten Maßnahmen geben, da die niederländischen Kollegen diese auch ohne ärztliche Unterstützung selbstverständlich anwenden würden, die deutschen Rettungsassistenten zu diesen Handlungen jedoch weder in der Lage noch befugt sind. Somit sollte man bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bereits taktische Überlegungen bezüglich der Teamzusammensetzung oder der Zuweisung von Notärzten beachten.

## **8. Fazit**

Die Ausgangsfrage „Wo liegen die Differenzen im Bezug auf Qualifikation, Kompetenz und rechtlichen Rahmenbedingungen der präklinischen Notfallversorgung zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den Niederlanden - wo könnten aufgrund Dessen, Probleme in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auftreten?“ kann nach der Arbeit folgendermaßen beantwortet werden: Die Differenzen der beiden Systeme begründen sich auf einer sich erheblich unterscheidenden Ausbildung und fehlenden gesetzlichen Grundlagen für Handlungen von nichtärztlichem Personal auf der deutschen Seite. Auch für die niederländischen Rettungsdienstmitarbeiter ist genau diese fehlende Gesetzeslage problematisch. Sie sind angehalten, auf der deutschen Seite der Grenze lediglich Basisversorgungsmaßnahmen durchzuführen, damit sie sich nicht in eine haftungsrechtliche Grauzone begeben. Ferner ist nicht eindeutig geregelt, wer im Falle einer Kooperation zwischen einem niederländischen Pfleger und einem deutschen Notarzt die medizinische Hoheit hat. Diese beiden Faktoren könnten die Zusammenarbeit beeinflussen. Gleichwohl funktioniert die praktische Arbeit bei einer Vielzahl der grenzüberschreitenden Einsätze gut. Dies ist in international einheitlichen Vorgehensweisen begründet, die auf beiden Seiten der Grenze identisch angewendet werden.

## **9. Ausblick**

Dass Notfallpatienten auf einen Arzt warten müssen, wird es in Ballungsgebieten nicht geben. Problematisch wird in den kommenden Jahren die Versorgung mit Ärzten in weniger dicht besiedelten Gebieten. Hier muss auf Bundesebene eine grundsätzliche Entscheidung getroffen werden, mit welchem System man in Zukunft arbeiten möchte bzw. kann. Im Hinblick auf den Ärztemangel sollte erwogen werden, sich anderen Rettungsdienstsystemen wie in den Niederlanden oder der Schweiz anzupassen. Dieses kann jedoch nur durch eine erhebliche Verbesserung der Ausbildung für Rettungsfachpersonal, Schaffung gesetzlicher Sicherheiten sowie Nutzen von Verfahrensanweisungen / Therapieleitlinien für nichtärztliches Personal erfolgen. Ein erster Schritt sollte mit der Ablösung des veralteten Rettungsassistentengesetz durch das Notfallsanitätergesetz geschehen. Jedoch wird man mit dem aktuellen Referentenentwurf keine Besserung der Situation schaffen. Auch durch dieses neue Gesetz würde es keine bundeseinheitliche Regelungen oder gesetzlichen Grundlagen für Rettungsfachpersonal geben, da zum einen auch in diesem Gesetz die einzelnen Bundesländer verpflichtet werden, die Details der Versorgung auszugestalten und zum anderen eine Änderung des Heilpraktikergesetzes als Grundlage notwendig wäre, um invasive Maßnahmen durch nichtärztliches Personal zu legitimieren. Ich persönlich sehe hier einen dringenden Handlungsbedarf. Ferner muss ebenfalls eine Sonderregelung für die Einfuhr von Betäubungsmitteln mit Rettungsdienstfahrzeugen getroffen werden, da sich rein formal jeder Rettungsdienstmitarbeiter strafbar macht, der sich mit einem ausgestatteten Fahrzeug über die Grenze begibt.

## **10. kritische Reflexion**

Die vorliegende Arbeit vermittelt einen ersten groben Überblick über die Differenzen der beiden Systeme und notwendige Ansätze für die Bundesrepublik Deutschland. Jedoch ist diese Perspektive auf einen nur sehr kleinen Bereich des Systems fokussiert worden. Für den Bereich der Niederlande ist dies aufgrund der landesweit vergleichbaren Strukturen von nur sekundärer Bedeutung. Für die Bundesrepublik Deutschland müsste im Rahmen einer multidimensionalen Untersuchung jeder einzelne Landkreis beschrieben werden, um das Thema erschöpfend zu bearbeiten. Ferner sollte bei einer erweiterten Bearbeitung ein Fokus auf die Kostenunterschiede der beiden Systeme sowie das Outcome der Patienten gelegt werden.

## **11. Literatur-/ Quellenverzeichnis**

Acute Zorg Euregio - Enschede. 2010. Acute Zorg Euregio. Das Mobile Medizinische Team. [Online] Acute Zorg Euregio, 2010. [Zitat vom: 30. Dezember 2012.] [http://www.acutezorgeuregio.nl/de/Traumacentrum/Mobiel\\_medisch\\_team/](http://www.acutezorgeuregio.nl/de/Traumacentrum/Mobiel_medisch_team/).

Ambulancezorg Nederland. 2012. Ambulancezorg Nederland. [Online] Ambulancezorg Nederland, 2012. [Zitat vom: 30. Dezember 2012.] <http://www.ambulancezorg.nl>.

Ambulancezorg(NL). 2011. Landelijk Protocol Ambulancezorg. Zwolle : Ambulancezorg Nederland, 2011. Bd. 7.2.

Bohnsack, Björn. 2007. Bedarfsplanung im Rettungsdienst - Ist der Parameter Sonder- und Wegerecht für eine bedarfsgerechte Planung der Notfallrettung geeignet? Norderstedt : GRIN Verlag, 2007. 1. Auflage.

Boot, Jan Maarten. 2009. Organisatie van de gezondheidszorg. Assen : Van Gorcum BV, 2009.

Broers, Isolde und Hoogeveen, Margreet. 2011. Ambulancezorg in de Nederland - Sterke Schakel in de Zorgketen. Zwolle : Ambulance Zorg Nederland, 2011.

Buijsen, Martin. 2012. Wetgeving gezondheidszorg. Apeldoorn / Antwerpen : Maklu-Uitgevers, 2012. 2. Auflage.

Bundesagentur für Arbeit. 2012. BerufeNET. [Online] Bundesagentur für Arbeit, 29. Dezember 2012. [Zitat vom: 2012. Dezember 2012.] [berufenet.arbeitsagentur.de](http://berufenet.arbeitsagentur.de).

Bundesärztekammer. 1992. Webseite der Bundesärztekammer. Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst. [Online] 02. November 1992. [Zitat vom: 15. November 2012.] [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/BAEK\\_Stellungnahme\\_Rettungsassistenten.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/BAEK_Stellungnahme_Rettungsassistenten.pdf).

Bundesministerium für Justiz. 2012. Gesetze im Internet. Rettungsassistentengesetz. [Online] 2012. [Zitat vom: 22. Dezember 2012.] <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/rettassg/gesamt.pdf>.

Domres, Bernd, et al. 2000. Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin. Edeweicht : Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey mbH, 2000.

Gras, Thijs, Huizinga, Piet und Swenker, Paula. 2006. Ambulancezorg in Nederland - Van Melding tot Overdracht. Zwolle : Ambulance Zorg Nederland, 2006.

Hell, Walter. 2007. Alles Wissenswerte über Staat, Bürger, Recht. Stuttgart : Thieme Verlag, 2007.

Hellmich, Christian. 2010. Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Rettungsdienst. Berlin : Springer Verlag, 2010.

Jansen, Jochen. 2009. Zukunftsperspektive Europe - Ärztlich versus nichtärztlich gestützter Rettungsdienst. [Präsentation / Vortrag] Geelen (NL) : Deutsches Rotes Kreuz, 2009.

Rupp, Dennis. 2010. Ist der deutsche Rettungsdienst noch zeitgemäß organisiert? Norderstedt : GRIN Verlag, 2010. 1. Auflage.

Schmiedel, R., Behrendt, H. und Betzler, E. 2004. Bedarfsplanung im Rettungsdienst. Berlin : Springer Verlag, 2004.

Schumann, Heiko. 2012. Intervention Rettungsdienst - Die Bedeutung gesundheitswissenschaftlicher Zusammenhänge und Ansätze für die praktische Arbeit im Gesundheitswesen. Norderstedt : GRIN Verlag, 2012. 1. Auflage.

## **12. Schlusserklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Anzahl der Wörter: 2.192

Emden, den 09.01.2013

---

Florian Letzel