

LÜLF+

DIE BERATER DER
GEFAHRENABWEHR

luelf-plus.de



LÜLF+

LANDKREIS ROTENBURG
(WÜMME)

**INNOVATIONS-
GUTACHTEN
RETTUNGSDIENST 2024**

Redaktionelle Verantwortung:

Lülf+ Sicherheitsberatung GmbH

Tel.: 02162 43 69 40

E-Mail: info@luelf-plus.de

Lülf+ Sicherheitsberatung GmbH

Bismarckstr. 29

41747 Viersen

luelf-plus.de

Stand: 21.10.2024

Vertraulich! Nur zur persönlichen bzw. bestimmungsgemäßen Verwendung!



INHALT

INHALT.....	2
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	3
TABELLENVERZEICHNIS.....	3
0 MANAGEMENTFASSUNG.....	4
1 INTEGRIERTES / INNOVATIVES VERSORGUNGSKONZEPT	6
1.1 RETTUNGSEINSATZFAHRZEUG / NOTSAN-RESPONDER (REF)	9
1.2 GEMEINDENOTFALLSANITÄTER (G-NOTSAN).....	12
1.3 STAKEHOLDER MANAGEMENT / VORBEUGENDER RETTUNGSDIENST (VRD)	15
1.4 WEITERE ANSÄTZE ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT UND -EFFIZIENZ	20
2 UMSETZUNGSKONZEPT ZUR INTEGRATION ALLER INNOVATIONS-ANSÄTZE.....	26
3 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	33



ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: AUSGANGSLAGE RETTUNGSDIENST & ENTWICKLUNGSTENDENZEN	7
ABBILDUNG 2: STANDORTANALYSE NOTSAN-RESPONDER TRACER-HEATMAP & -HILFSFRIST.....	11
ABBILDUNG 3: VARIANTE RTW, KTW UND NEF MIT PROGNOSE N-KTW UND G-NOTSAN	13
ABBILDUNG 4: EINSATZNACHFRAGE GEMEINDENOTFALLSANITÄTER.....	14
ABBILDUNG 5: CASEMANAGEMENT ZUR IDENTIFIKATION VON FREQUENT USERS UND ZUR INTERVENTIONSPLANUNG IM RAHMEN EINES VORBEUGENDEN RETTUNGSDIENSTES.....	17
ABBILDUNG 6: STATIONÄRE PFLEGEEINRICHTUNGEN: VERHÄLTNIS NOTFALLEINSÄTZE/PFLEGEPLÄTZE	18
ABBILDUNG 7: STATIONÄRE PFLEGEEINRICHTUNGEN: QUOTE NOTFALLEINSÄTZE PRO PFLEGEPLATZ	19
ABBILDUNG 8: 10 SCHRITTE ZU BESSEREM ÜBERLEBEN BEI PLÖTZLICHEM HERZ-KREISLAUF- STILLSTAND“ NACH EISENBERG / GRA.....	21
ABBILDUNG 9: INNOVATIONS-KONZEPT EINER GESTUFTEN UND INTEGRIERTEN NOTFALLVERSORGUNG IM LANDKREIS ROTENBURG (WÜMME)	26
ABBILDUNG 10: PATIENTENORIENTIERTE SYSTEMANTWORT: MÖGLICHE VERSCHIEBUNG EINSATZNACHFRAGE	27
ABBILDUNG 11: ISOCHRONENANALYSE NOTSAN-RESPONDER RW ZEVEN	29
ABBILDUNG 12: STANDORTANALYSE NOTSAN-RESPONDER REANIMATION & SCHALGANFALL + ALLE TRACERDIAGNOSEN	29

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: EINSATZNACHFRAGE GEMEINDENOTFALLSANITÄTER NACH MELDEBILDERN	14
TABELLE 2: “10 SCHRITTE ZU BESSEREM ÜBERLEBEN BEI PLÖTZLICHEM HERZ-KREISLAUF- STILLSTAND“ NACH EISENBERG / GRA.....	22

Hinweis: Obwohl aus Gründen der Lesbarkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben stets auf Angehörige aller Geschlechter.



0 MANAGEMENTFASSUNG

Im Innovationsgutachten werden zunächst Versorgungskonzepte geprüft, die über den eigentlichen Rettungsdienstbedarfsplan hinaus gehen, um die Effizienz und Effektivität der Einsatzwahrnehmung zu steigern, indem sie spezifische Bedürfnisse und Anforderungen besser adressieren. Durch die bereits empfohlenen Maßnahmen aus dem Rettungsdienstbedarfsplan und den hier vorgestellten Konzepten aus dem Innovationsgutachten lässt sich eine Gesamtkonzeption ableiten, die eine **integrierte und abgestufte Notfallversorgung ermöglicht**. Diese Konzeption berücksichtigt sowohl die medizinischen Notwendigkeiten als auch die systemischen Rahmenbedingungen und **zielt darauf ab, eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen**.

Das Innovationsgutachten stellt über den Rettungsdienstbedarfsplan hinaus weitere Konzepte vor, die eine **optimale Interaktion der Versorgungsstrukturen im Landkreis Rotenburg (Wümme) gewährleisten**. Dazu werden im Folgenden drei konsentrierte Konzepte einer gestuften Notfallversorgung vorgestellt: Das Rettungseinsatzfahrzeug (REF) mit dem NotSan-Responder, der Gemeindenotfallsanitäter (G-NotSan) und das Stakeholder Management im Rahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes (VRD).

Ein **Rettungseinsatzfahrzeug wird mit einem NotSan-Responder (Notfallsanitäter)** besetzt und rückt zu Einsätzen aus, die besonders zeitkritisch sind und eine schnelle medizinische Intervention erfordern. Das primäre Ziel ist es, die Zeitspanne zu reduzieren, in der ein Patient nach einem Notfall keine medizinische Versorgung erhält, um die **Überlebenschancen und die gesundheitlichen Ergebnisse des Patienten zu verbessern**. Dadurch wird auch die **Vor-Ort-Zeit von Transportfahrzeugen reduziert, was bedeutet, dass es schneller wieder für neue Einsätze verfügbar ist**. Dies steigert die Effizienz des Rettungssystems.

Das **Konzept des Gemeindenotfallsanitäters hat sich weltweit in vielen hochentwickelten Rettungsdienstsystemen etabliert**. Es zielt darauf ab, die Lücke zwischen Notfallversorgung und primärer Gesundheitsversorgung zu schließen, indem speziell ausgebildete Notfallsanitäter erweiterte Aufgaben übernehmen. Diese Aufgaben umfassen präventive Maßnahmen, die Behandlung nicht-lebensbedrohlicher Zustände, die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern sowie die Nachalarmierung dementsprechender Rettungsmittel und der Transportbegleitung. Analog zum Notfallkranwagen (N-KTW) wird auch für den Einsatz des Gemeindenotfallsanitäters angestrebt, in 80 % der Fälle innerhalb von 30 Minuten vor Ort zu sein. Durch die Einführung eines **Gemeindenotfallsanitäters können unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden und die Effizienz des Rettungsdienstes gesteigert werden**.

Das Stakeholder-Management (VRD) umfasst alle Maßnahmen, die vor dem Eintritt eines Ereignisses stattfinden, um der Entstehung von Notfällen vorzubeugen. Im ländlichen Raum liegt der Schwerpunkt des Konzeptes eher auf Vernetzung und Wissenstransfer im Gesundheits- und Pflegewesen. Durch die Einführung des Stakeholder-Managements (VRD) kann durch gezielte Netzwerkarbeit, Wissensvermittlung und Resilienzsteigerung eine nachhaltige **Entlastung der Notfallversorgung und eine Verbesserung der medizinischen Versorgung angestrebt werden**.



Das vorgeschlagene **Umsetzungskonzept zur gestuften und integrierten Notfallversorgung im Landkreis Rotenburg (Wümme)** umfasst diese innovativen Ansätze, die im Folgenden miteinander vernetzt und integriert werden, um die Versorgungsqualität und -effizienz patientenzentriert zu verbessern. Die Hauptkomponenten des Konzepts sind:

ROWsponder: Als erste Versorgungsstufe für Patienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko wird ein **Notfallsanitäter Responder „ROWsponder“ mit einem Rettungseinsatzfahrzeug (REF) an der Rettungswache Zeven** eingerichtet. Dieser soll auf nicht lebensbedrohliche Hilfeersuchen reagieren, vor Ort sichten, ambulant behandeln und als medizinischer Gatekeeper fungieren. Zusätzlich wird der ROWsponder bei zeitkritischen Notfällen und Herz-Kreislauf-Stillständen eingesetzt, um die Vor-Ort-Zeit zu verkürzen und die Personalbesetzung zu erhöhen.

- Die **Einsatzindikationen und die Alarmierung** werden anhand der einzuführenden Standardisierten Notrufabfrage definiert. Innerhalb des jeweiligen Wachbereichs wird das REF primär ohne Priorität für die Versorgungsstufe 1 und mit Sonderrechten für NotSan-Responder-Einsätze alarmiert. Bei Nicht-Verfügbarkeit werden die vorgesehenen Rettungsmittel alarmiert.
- Der erste ROWsponder wird an der **Rettungswache Zeven** stationiert und **rund-um-die-Uhr einsatzbereit** sein. Das REF ist **notfallmedizinisch ausgestattet und verfügt über Zusatzmodule für erweiterte ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Pflege**.
- Das Personal auf dem REF soll über die Qualifikation Notfallsanitäter mit mehrjähriger Berufserfahrung und entsprechender Weiterqualifikation verfügen. Für die durchgehende Verfügbarkeit wird ein **Personalvolumen von 5 Vollzeitäquivalenten (VZÄ)** empfohlen, einschließlich eines Teamleiters und einer Stellvertretung.

Die Organisationseinheit **Stakeholder Management (VRD)** wird in die **Kreisverwaltung** integriert und umfasst mindestens **ein Vollzeitäquivalent (VZÄ)**. Das Team der **ROWsponder unterstützt** das Stakeholder-Management **im Außendienst**.

Die **Evaluation und gutachterliche Begleitung** der neuen Versorgungsstufen sind hierbei zentral. Es wird empfohlen, das Projekt statistisch zu begleiten und einen umfassenden Kennzahlenkatalog zu definieren, um kontinuierlich Verbesserungen vorzunehmen und Fortschritte und Erfolge messbar zu machen.

Dieses Konzept zielt darauf ab, die Notfallversorgung im Landkreis Rotenburg (Wümme) durch innovative Ansätze und eine integrierte Struktur weiter auszudifferenzieren und nachhaltig zu verbessern. Das bereits weit differenzierte Rettungsdienst-System im Landkreis bietet eine solide Grundlage für diese Maßnahmen.

Durch die Verbesserung der bedarfsgerechten Notfallversorgung mittels N-KTW, die **Vernetzung und die Einführung weiterer Versorgungsstufen mit dem ROWsponder kann die Verfügbarkeit von RTW für Akutnotfälle weiter gesteigert werden**. Dies führt zu einer erhöhten Wirtschaftlichkeit durch einen besseren Verschnitt der Ressourcen.

Die Umsetzung einer innovativen und gestuften Notfallversorgung mit N-KTW und ROWsponder sowie einem effektiven Stakeholder-Management (VRD) wird als entscheidender Schritt zur patientenzentrierten Aufrechterhaltung und Verbesserung von Versorgungsqualität und -effizienz angesehen.



1 INTEGRIERTES / INNOVATIVES VERSORGUNGSKONZEPT

Die Notfallversorgung in Deutschland steht vor erheblichen Herausforderungen und Veränderungen. Die Einsatzzahlen des Rettungsdienstes im Landkreis Rotenburg (Wümme) sind in den vergangenen Jahren gegenüber dem Jahr 2018 um 3,9 % gestiegen. In der Notfallrettung ist ein Plus von 20,5 % zu verzeichnen, während die Nachfrage nach Krankentransporten um 23 % gesunken ist. Diese Trends spiegeln sich auch bundesweit wider und verdeutlichen die zunehmende Belastung der Notfallrettung. Auf Basis der vorliegenden Einsatzdaten ist eine weitergehende Prognose für die kommenden Jahre mit großen Unsicherheiten behaftet. Einflussgrößen auf das Einsatzaufkommen sind multifaktoriell, wie beispielsweise die demographische Entwicklung und die Ansiedlung von Pflegeeinrichtungen, und unterliegen Schwankungen. Darüber hinaus sind mit der bevorstehenden Reform der Notfallversorgung tiefgreifende systemische Veränderungen, unter anderem auch der Kliniklandschaft, zu erwarten, deren Einflüsse auf die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhersehbar sind.

Die Daten zeigen, dass die Steigerung der Einsatzzahlen des Rettungsdienstes zu großen Teilen auf Einsätze zurückzuführen ist, die nicht zwingend die Versorgung und den Transport durch den Rettungsdienst erfordern. Die Ursache ist multifaktoriell. Flake et. al.¹ führen beispielhaft lange Wartezeiten beim Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, steigendes Anspruchsdenken, ein überschießendes Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung, gehäufte soziale Einsatzindikationen, sinkende Verfügbarkeit von medizinischer Grundversorgung und demographische und sozioepidemiologische Veränderungen als Ursache für die zunehmende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes an.

Der originäre Transportauftrag aus dem SGB V ist nach übereinstimmender Auffassung verschiedener Experten nicht mehr zeitgemäß. Unnötige Transporte führen zu einer Überlastung der nachfolgenden Strukturen, insbesondere der Notaufnahmen. Diese Fehlallokation von Patientenströmen in einem der teuersten Bereiche der Gesundheitsversorgung führt zu kostenträger- und volkswirtschaftlich-relevanten Problemen. Dies schlägt sich bereits heute im Abmeldeverhalten von Notaufnahmen wieder. Abmeldungen wegen Überlastung (Overcrowding) führen zu einer Verlängerung von Transport- und Übergabezeiten des Rettungsdienstes. Darüber hinaus führt bereits jetzt die Nicht-Verfügbarkeit von Rettungsmitteln zu weiteren Anfahrten und Wartezeiten bei Notfällen und somit potenziell zu einem steigenden Bedarf an rettungsdienstlichen Ressourcen.

Mit dem Eckpunktepapier zur Reform der Notfallversorgung aus dem Januar 2024 und dem laufenden Verfahren zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Stand 17.07.2024) verfolgt der Gesetzgeber auf Bundesebene das Ziel einer bedarfsgerechten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene. Im Kern werden fünf Ansatzpunkte identifiziert:

- 1) Digitale Vernetzung der Leitstellen als sogenanntes „Gesundheitsleitsystem“
 - a) Rettungsleitstelle (112) bei Notfällen und Lebensgefahr
 - b) Akutleitstelle (116117): verbesserte Erreichbarkeit für 24/7 Vermittlung und Beratung
- 2) Integrierte Notfallzentren (INZ) und integrierte Kindernotfallzentren (KINZ) als sektorenübergreifende Behandlungsstruktur zur optimalen Zusammenarbeit von Notaufnahmen und Praxen
- 3) Ersteinschätzung: Standardisiertes Verfahren zur Beurteilung und Patientensteuerung

¹ vgl. Flake, Frank/Laurenz Schmitt/Wolfgang Oltmanns/Michael Peter/Stefan Thate/Frank Scheinichen/Oliver Peters: Das Konzept Gemeindenotfallsanitäter/in, in: Notfall & Rettungsmedizin, Bd. 21, Nr. 5, 02.03.2018, doi:10.1007/s10049-018-0426-7.

- 4) Telemedizin: Beratung am Telefon oder per videounterstütztem Kontakt oder digital
- 5) Fahrdienste: verfügbar für immobile Patienten, um niederschweligen Zugang zu Notfalldiensten zu gewährleisten. Entlastet Rettungsdienste und Krankentransport von reinen Transportaufträgen ohne Notfallindikation und Betreuungsbedarf.

Aus allen aktuellen Reformvorschlägen lässt sich die klare Absicht des Bundesgesetzgebers erkennen, die Versorgung von Notfallpatienten in Zukunft individueller und zielgerichteter zu gestalten.

Nationale und internationale Studien belegen die Wirksamkeit integrierter Rettungsdienstkonzepte, die in diesem Innovationsgutachten zusammengeführt und weiterentwickelt werden sollen, um eine optimale Interaktion der Versorgungsstrukturen im Landkreis Rotenburg (Wümme) zu gewährleisten.

Neben den bereits im Land Niedersachsen zur Implementierung vorgegebenen weiteren Versorgungsstufen, wie dem „Notfallkrankenwagen (N-KTW)“ und der „telemedizinischen Anbindung“, spielt der Landesausschuss Rettungsdienst (LARD) eine weitere zentrale Rolle bei der Normierung und Weiterentwicklung dieser Konzepte. Die Experimentierklausel § 18a des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes (NRettdG) unterstreicht die Intention und Innovationsbereitschaft des Landesgesetzgebers und fördert die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte.

Unter Berücksichtigung der Einschätzung von Fachkräften wurden in drei Innovationsworkshops verschiedene evidenzbasierte Handlungsoptionen zu den vorstehenden Problemfeldern abgeleitet und ausgestaltet (Abbildung 1). Diese wurden im Projektverlauf mit den verfügbaren Ressourcen und Maßnahmenkatalogen abgeglichen und die notwendige Maßnahmen abgeleitet. Ziel ist es, eine hochwertige, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die in der Abbildung dargestellten Maßnahmen werden im Folgenden im Einzelnen betrachtet und zu einem abgestimmten Gesamtsystem fortentwickelt.

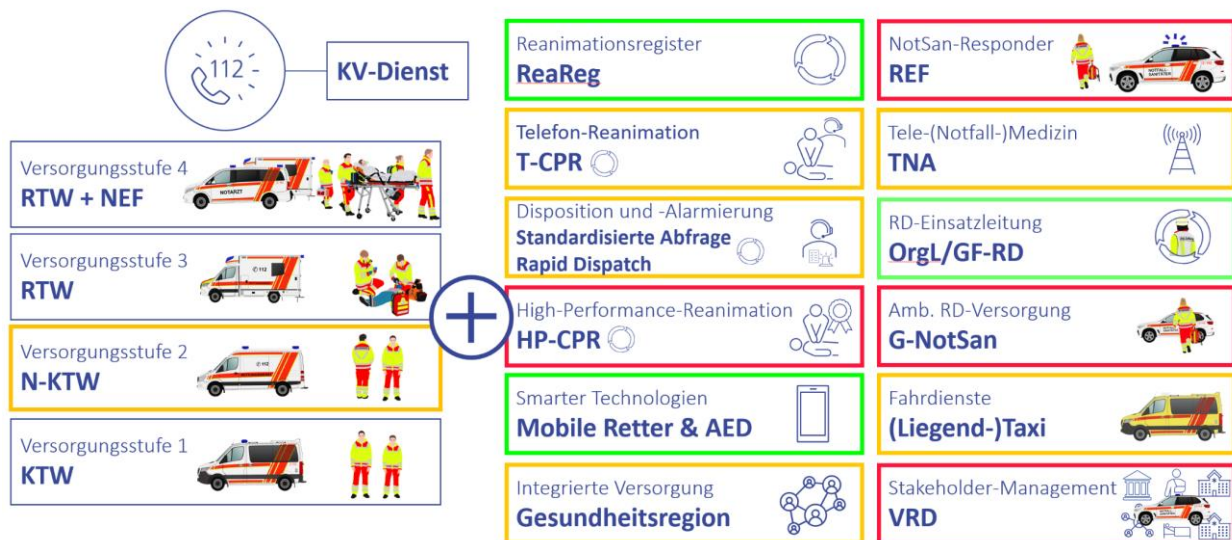


Abbildung 1: Ausgangslage Rettungsdienst & Entwicklungstendenzen

Weitere Versorgungsstufen sollen unnötige Transporte in die Notaufnahme vermeiden, den wirtschaftlichen Einsatz von Ressourcen fördern und die Versorgungsqualität durch eine erhöhte Verfügbarkeit der Notfallvorhaltung steigern. Die Interaktion der Versorgungsstrukturen sowie die Zusammenführung bestehender Konzepte zu einem Gesamtkonzept sind zentrale Elemente. Die fortlaufende Qualitätssicherung und ein umfassendes Controlling für den Innovationsteil sind ebenfalls wesentliche Bestandteile. Diese Maßnahmen wurden nach einer ergänzenden Bewertung und Analyse des Sollkonzeptes in



drei Innovations-Workshops geprüft und gemeinsam mit der Projektgruppe erörtert. Die Auswertung der Einsätze erfolgt sowohl nach medizinischen als auch systemischen Gesichtspunkten, um eine umfassende Analyse zu gewährleisten. Nationale und internationale Literatur beschreibt diverse Lösungsansätze und Umsetzungsbeispiele. Die Senkung der Einsatzbelastung und Stärkung der Berufsbilder der Rettungskräfte sowie die Definition von Erfolgskriterien und Key Performance Indicators (KPI) werden ebenfalls detailliert betrachtet und weiter abgestimmt. Bestehende Konzepte werden analysiert und in den Kontext der aktuellen Entwicklungen und Probleme des Rettungsdienstes auf Bundesebene gestellt.

Aufbauend auf die bereits im Landkreis Rotenburg (Wümme) etablierten Konzepte wie „Mobile Retter“, dem AED-Programm und weiteren Initiativen zur Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgungsqualität bieten diese Maßnahmen eine solide Grundlage für weitere innovative und gesetzeskonforme Vorschläge. Diese Vorschläge zielen darauf ab, eine weiter gestufte und integrierte Notfallversorgung einzuführen.

Eine stärkere Differenzierung der rettungsdienstlichen Bemessung durch eine differenzierte Einsatzmittelvorhaltung, die Einführung von Konzepten wie Gemeindenotfallsanitäter, Paramedic Responder oder vorbeugendem Rettungsdienst sowie der Vernetzung von weiteren Innovationsansätzen bietet verschiedene Optionen zur Optimierung der Notfallversorgung. Diese Maßnahmen könnten dazu beitragen, die Effizienz und Effektivität der Einsätze zu steigern, indem sie spezifische Bedürfnisse und Anforderungen besser adressieren.

Aus den vorbenannten Untersuchungsschritten lässt sich eine Gesamtkonzeption ableiten, die eine integrierte und abgestufte Notfallversorgung ermöglicht. Diese Konzeption berücksichtigt sowohl die medizinischen Notwendigkeiten als auch die systemischen Rahmenbedingungen und zielt darauf ab, eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Im Folgenden werden die drei konsentierten Konzepte einer gestuften Notfallversorgung detailliert vorgestellt: Das Rettungseinsatzfahrzeug (REF) mit dem NotSan-Responder, der Gemeindenotfallsanitäter (G-NotSan), das Stakeholder Management im Rahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes (VRD) sowie weitere Ansätze und Konzepte zur Steigerung von Versorgungsqualität und -effizienz.

1.1 RETTUNGSEINSATZFAHRZEUG / NOTSAN-RESPONDER (REF)

NotSan-Responder

REF



1.1.1 KONZEPT „PARAMEDIC RESPONDER“

Internationale Rapid Response / Paramedic Responder Systeme sind in verschiedenen Ländern etabliert, um die Notfallversorgung zu verbessern und die Hilfsfristen einzuhalten. Diese Systeme wurden sowohl in ländlichen als auch in städtischen Gebieten implementiert, um den spezifischen Herausforderungen der jeweiligen Regionen gerecht zu werden. Hier sind einige Beispiele:

Das **Akutbil-System in Süddänemark** zielt darauf ab, die Hilfsfrist einzuhalten und die Versorgung von mittelschwer erkrankten oder verletzten Patienten sicherzustellen. Paramediziner im Akutbil führen Maßnahmen durch, die von weniger qualifizierten Rettungswagen-Besatzungen nicht ausgeführt werden können. Bei schweren Notfällen wird ein Notarzt alarmiert und der Paramediziner begleitet den Patienten im Rettungswagen, falls erforderlich.

In **Chicago und New York werden sogenannte Chase Vehicles bzw. Fly Cars** eingesetzt, die von einem Supervisor besetzt sind. Diese Fahrzeuge stellen den reibungslosen Ablauf von Einsätzen sicher, organisieren das Versorgungsteam und überwachen die Einhaltung aller Verfahren. Bei Bedarf unterstützen sie die Rettungsteams vor Ort und führen erweiterte Maßnahmen durch. Die Supervisoren sind auf dem Niveau von Notfallsanitätern ausgebildet und verfügen über die notwendige Ausrüstung.

Ähnlich wie in Chicago und New York werden bei der **Feuerwehr San Francisco Supervisoren** bei schweren Notfällen wie Atemnot, Reanimation und Anaphylaxie automatisch alarmiert. Diese Supervisoren haben zusätzlich eine Ausbildung im sozialen Bereich, um Lösungen für soziale Indikationen ohne signifikanten medizinischen Hintergrund zu finden. Dies ist dort besonders wichtig, da ein erheblicher Teil der Bevölkerung obdachlos ist.

Der **London Ambulance Service hat den Single Responder** eingeführt, um die Hilfsfrist einzuhalten. Diese Fahrzeuge werden von einer Wache oder einem festgelegten Bereich aus betrieben und sind mit Paramedics besetzt. Die Hauptaufgabe besteht in der Erstversorgung bis zum Eintreffen des Rettungswagens. Notfallsanitäter können eine Weiterbildung zum Paramedic Practitioner absolvieren, um leicht erkrankte Patienten zu versorgen und diese dann in der häuslichen Umgebung belassen zu können.

In Schottland, wo viele ländliche und dünn besiedelte Gebiete existieren, wurde das **Fast Response Vehicle (Scottish Ambulance Service)** eingeführt, um die Hilfsfrist einzuhalten. Diese Fahrzeuge haben keine fest zugewiesene Wache und sind nur tagsüber besetzt. Die Hauptaufgabe besteht in der medizinischen Erstversorgung bis zum Eintreffen des Rettungswagens.

In Deutschland wurde ein **NotSan-Responder erstmalig mit dem Rettungseinsatzfahrzeug (REF) im Kreis Nordfriesland** eingesetzt. Das Pilotprojekt, welches von 2020 bis 2023 durchgeführt wurde, hat bemerkenswerte Ergebnisse in der Notfallrettung erzielt. Ein zentrales Ziel des Projekts war die signifikante Verkürzung des versorgungsfreien Intervalls, also der Zeitspanne, in der ein Patient keine professionell medizinische Versorgung erhält. Durch den Einsatz des REF konnte diese Zeit deutlich reduziert werden, was die Überlebenschancen und die gesundheitlichen Ergebnisse der Patienten erheblich verbesserte. Ein weiteres wichtiges Ergebnis war die signifikante Verkürzung der Vor-Ort-Zeit des transportierenden Rettungsmittels. Dies bedeutet, dass die Rettungswagen (RTW) schneller wieder für neue Einsätze verfügbar waren, was die Effizienz des gesamten Rettungssystems steigerte. Das REF übernahm



zudem eine Zusatzfunktion als Field Supervisor im Rettungsdienst. Diese Rolle umfasste die Koordination und Unterstützung der Rettungsteams vor Ort, was zu einem reibungsloseren Ablauf der Einsätze führte. Darüber hinaus ermöglichte das REF eine weitergehende Sichtung und Ersteinschätzung der Patienten mit einem Notfall-Krankenwagen (N-KTW). Diese erweiterte Funktion trug dazu bei, dass Patienten schneller und gezielter versorgt werden konnten. Aufgrund der positiven Ergebnisse des Pilotprojekts wurde beschlossen, das REF-Projekt weiterzuführen. Die Umsetzung in die Regelversorgung wurde bereits beantragt, um die erzielten Verbesserungen dauerhaft in das Rettungssystem zu integrieren. Das Projekt zeigt, dass durch den strategischen Einsatz eines einfach besetzten REF an wichtigen Standorten nicht nur die gesetzliche Hilfsfrist eingehalten werden kann, sondern auch eine personelle und strukturelle Entlastung des Rettungssystems möglich ist. Dies ist besonders wichtig in Zeiten des Fachkräftemangels, da es eine effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen ermöglicht. Insgesamt hat das Pilotprojekt des REF im Kreis Nordfriesland gezeigt, dass innovative Ansätze in der Notfallrettung zu erheblichen Verbesserungen führen können. Die signifikante Verkürzung des versorgungsfreien Intervalls und der Vor-Ort-Zeit des transportierenden Rettungsmittels, die Zusatzfunktion als Field Supervisor sowie die weitergehende Sichtung und Ersteinschätzung mit dem N-KTW sind klare Indikatoren für den Erfolg des Projekts. Die Fortführung und Integration des REF in die Regelversorgung wird dazu beitragen, die Notfallrettung im Kreis Nordfriesland nachhaltig zu verbessern und die Versorgung der Patienten weiter zu optimieren.

Das Pilotprojekt des **Rettungseinsatzfahrzeugs (REF) in Regensburg**, Bayern, läuft von April 2022 bis Dezember 2024. Ziel des Projekts ist es ebenfalls, die Notfallversorgung durch schnellere Eintreffzeiten und eine verbesserte Erstversorgung zu optimieren. Im Folgenden werden die möglichen Einsatzindikationen eines NotSan-Responders mit einem REF kurz dargestellt.

1.1.2 EINSATZINDIKATIONEN RETTUNGSEINSATZFAHRZEUG (REF) / NOTSAN-RESPONDER

Tracerdiagnosen sind spezifische medizinische Zustände, die besonders zeitkritisch sind und eine schnelle medizinische Intervention erfordern. Diese wurden im Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik beschrieben². Dazu gehören:

- **Plötzlicher Kreislaufstillstand:** Ein Zustand, bei dem das Herz plötzlich aufhört zu schlagen, was sofortige Wiederbelebensmaßnahmen erfordert.
- **Schlaganfall:** Eine Unterbrechung der Blutversorgung des Gehirns, die schnell behandelt werden muss, um dauerhafte Schäden zu vermeiden.
- **Schweres Schädel-Hirn-Trauma:** Eine schwere Verletzung des Kopfes, die sofortige medizinische Versorgung benötigt.
- **Schwerverletzte/Polytrauma:** Mehrfachverletzungen, die lebensbedrohlich sein können und eine schnelle, koordinierte Behandlung erfordern.
- **Sepsis:** Eine lebensbedrohliche Reaktion des Körpers auf eine Infektion, die schnell behandelt werden muss.
- **ST-Hebungsinfarkt (STEMI):** Ein schwerer Herzinfarkt, der eine sofortige Behandlung erfordert.

² Fischer, M.; Kehrberger, E.; Marung, H.; Moecke, H.; Prückner, S.; Trentzsch, H.; Urban, B. (2016): Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. In: Notfall Rettungsmed 19 (5), S. 387–395. DOI: 10.1007/s10049-016-0187-0.

- **Pädiatrische Tracerdiagnosen:** Spezifische Notfälle bei Kindern, die eine schnelle und spezialisierte Versorgung benötigen.

Das REF mit dem NotSan-Responder wird regelhaft bei den oben genannten Tracerdiagnosen eingesetzt. Zusätzlich wird es eingesetzt, um die Personalbesetzung bei Reanimation zu erhöhen. Im Projektverlauf wurde auch im Pilotprojekt Nordfriesland die Option zur Sichtung und Versorgung gemeinsam mit einem Notfall-Krankenwagen (N-KTW) und die Behandlung vor Ort ergänzt.

Primäres Ziel ist es, die Zeitspanne zu reduzieren, in der ein Patient nach einem Notfall keine medizinische Versorgung erhält. Durch den Einsatz des REF kann diese Zeit deutlich verkürzt werden, was die Überlebenschancen und die gesundheitlichen Ergebnisse der Patienten verbessert.

Weiteres Ziel ist es, die Dauer zu verkürzen, die ein Rettungswagen (RTW) am Einsatzort verbringt, bevor der Patient transportiert wird. Eine kürzere Vor-Ort-Zeit durch das REF bedeutet, dass der RTW schneller wieder für neue Einsätze verfügbar ist, was die Effizienz des Rettungssystems steigert.

1.1.3 EINSATZSTELLENVERTEILUNG KONZEPT „PARAMEDIC RESPONDER“

Die nachfolgende Abbildung 2 zeigt die Einsatzstellenverteilung der für den Einsatz des NotSan-Responders mit dem Rettungseinsatzfahrzeug (REF) relevanten Tracerdiagnosen als Heatmap.

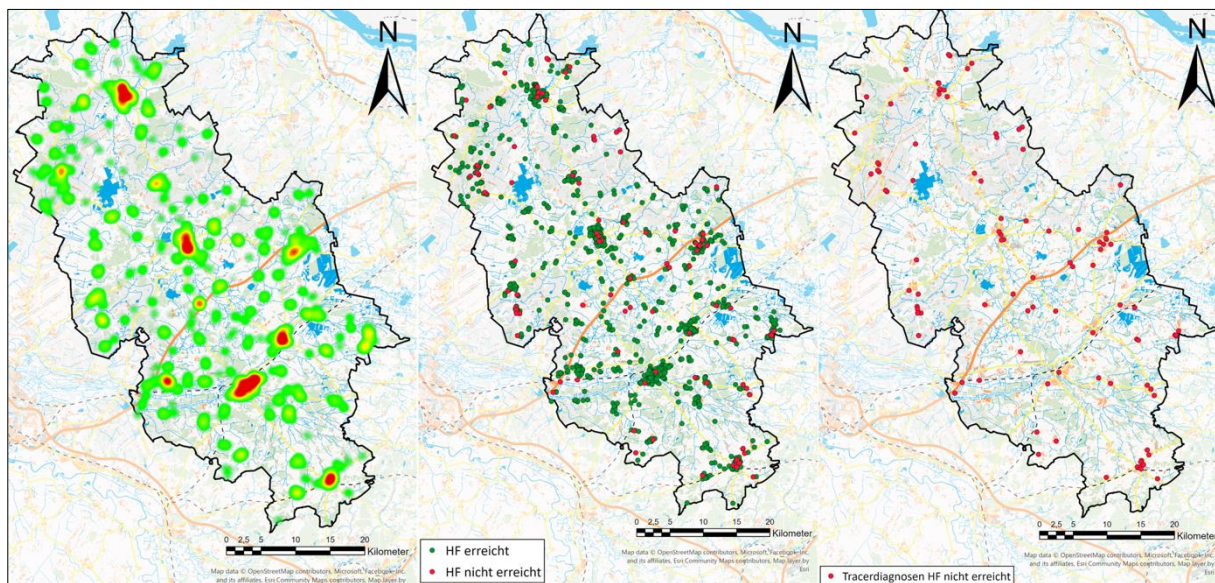


Abbildung 2: Standortanalyse NotSan-Responder Tracer-Heatmap & -Hilfsfrist

Diese Darstellung umfasst auch die Erreichung und Überschreitung der Hilfsfristen. Dies zeigt die Möglichkeiten und Notwendigkeiten für den Einsatz eines zusätzlichen REF-NotSan-Responders, um die Versorgung und den Outcome bei diesen lebensbedrohlichen Einsätzen weiter zu verbessern.

1.1.4 FAZIT

Internationale „Rapid Response / Paramedic Responder“ und erste REF-Systeme in Deutschland zeigen, wie durch flexible und innovative Ansätze die Notfallversorgung verbessert werden kann. Unabhängig davon, ob es sich um ländliche oder städtische Gebiete handelt, verfolgen diese Systeme das Ziel, die

Hilfsfristen einzuhalten und die Erstversorgung der Patienten sicherzustellen. Die Implementierung solcher Systeme ist oft eine Antwort auf personelle Herausforderungen und die Notwendigkeit, die Eintreffzeiten in entlegenen oder stark frequentierten Gebieten zu verbessern. Die Umsetzung eines ROW-NotSan-Responders als Teil einer gestuften und vernetzten Notfallversorgung wurde von den Experten konsentiert und wird im Folgenden weiter geprüft.

1.2 GEMEINDENOTFALLSANITÄTER (G-NOTSAN)

Amb. RD-Versorgung

G-NotSan



1.2.1 KONZEPT „COMMUNITY PARAMEDICINE [GEMEINDENOTFALLSANITÄTER]“

Das Konzept der „Community Paramedicine“ hat sich weltweit in vielen hochentwickelten Rettungsdienstsyste men etabliert. Es zielt darauf ab, die Lücke zwischen Notfallversorgung und primärer Gesundheitsversorgung zu schließen, indem speziell ausgebildete Paramedics erweiterte Aufgaben übernehmen. Diese Aufgaben umfassen präventive Maßnahmen, die Behandlung nicht-lebensbedrohlicher Zustände und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern.

Laut einer internationalen Konsensdefinition von Shannon et al.³ wird ein Community Paramedic als ein Rettungsdienstmitarbeiter definiert, der über zusätzliche Qualifikationen verfügt, um erweiterte medizinische Dienstleistungen in der Gemeinde anzubieten. Diese Definition wurde in der Fachzeitschrift *Pa-ramedicine* veröffentlicht und stellt einen wichtigen Schritt zur Standardisierung dieses Berufsbildes dar.

Eine systematische Überprüfung von Wilkinson-Stokes et al.⁴ (2024) hat gezeigt, dass Community Paramedics einen positiven wirtschaftlichen Einfluss auf die Notfallmedizin haben. Die Studie, veröffentlicht in *Applied Health Economics and Health Policy*, hebt hervor, dass durch den Einsatz von Community Paramedics unnötige Krankenhausaufenthalte und Transporte vermieden werden können, was zu erheblichen Kosteneinsparungen führt.

In Deutschland wurden Gemeindenotfallsanitäter (G-NotSan) bereits in verschiedenen erfolgreichen Pilotprojekten getestet, beispielsweise in den Landkreisen Ammerland, Cloppenburg, Vechta und der Stadt Oldenburg. Flake et al. (2018) führten eine erste Erprobung im Oldenburger Land durch, bei der G-NotSan auch als First Responder eingesetzt wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass bei 59 % der Einsätze kein Transport notwendig war, was die Effizienz des Systems unterstreicht.

Gemeindenotfallsanitäter übernehmen eine Vielzahl von Aufgaben, darunter die aufsuchende ambulante Versorgung und die Sichtung von Patienten mit der Funktion eines medizinischen Wegweisers. Sie behandeln nicht-lebensbedrohliche Zustände, die voraussichtlich ambulant behandelt werden können, wie z. B. Fiebersenkung oder die Verabreichung von Schmerzmitteln. Zudem arbeiten sie eng mit anderen Versorgungsstufen und dem KV-Dienst zusammen, um eine umfassende Notfallversorgung zu

³ Shannon, Brendan; Baldry, Sascha; O'Meara, Peter; Foster, Nicole; Martin, Angela; Cook, Matthew et al. (2023): The definition of a community paramedic: An international consensus. In: *Paramedicine* 20 (1), S. 4–22. DOI: 10.1177/27536386221148993.

⁴ Wilkinson-Stokes, Matt; Tew, Michelle; Yap, Celene Y. L.; Di Crellin; Gerditz, Marie (2024): The Economic Impact of Community Paramedics Within Emergency Medical Services: A Systematic Review. In: *Applied health economics and health policy*, S. 1–20. DOI: 10.1007/s40258-024-00902-3.

gewährleisten. In dem System in Oldenburg wird der G-NotSan zudem auch als First Responder eingesetzt. Für die Weiterbildung zum Gemeindenotfallsanitäter gibt es diverse lokale Curricula, welche sicherstellen, dass die G-NotSan über die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen.

Die Auswertung der Pilotstudie im Oldenburger Land zeigte, dass ein Großteil der Patienten nicht von einem Transport ins Krankenhaus profitierte. Unnötige Transporte verursachen Folgekosten und belasten nachgelagerte Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig führt die fehlerhafte Inanspruchnahme des Rettungsdienstes zu einer zunehmenden Frustration des Personals. Ein Effekt, der sich aufgrund von Fluktuation in andere Berufe verstärkend auf die ohnehin angespannte Personalsituation auswirkt.

1.2.2 SOLL-EINSATZNACHFRAGE UND MELDEBILDER GEMEINDENOTFALLSANITÄTER

Im Folgenden wird die SOLL-Einsatznachfrage für den Gemeindenotfallsanitäter (G-NotSan) in ihrer Gesamtheit, im Tagesverlauf sowie nach verschiedenen Meldebildern dargestellt. Die Abschätzung basiert auf dem Leitstellen-Datensatz 2023, welcher aktuelle Stichworte und Meldebilder enthält. Obwohl die Ermittlung der Nachfrage auf dieser Grundlage eine Herausforderung darstellt, bietet sie eine wertvolle Ausgangsbasis für die Prognose der neuen Versorgungsoptionen. Durch die Verbesserung der Datenqualität mittels Standardisierter Notrufabfrage und Interventionen im Rahmen des Qualitätsmanagements (QM) kann die Einsatznachfrage künftig präziser erfasst werden. Dies wird nicht nur zu einem verstärkten Einsatz der G-NotSan führen, sondern auch die Datengrundlage für künftige Fragestellungen erheblich verbessern.

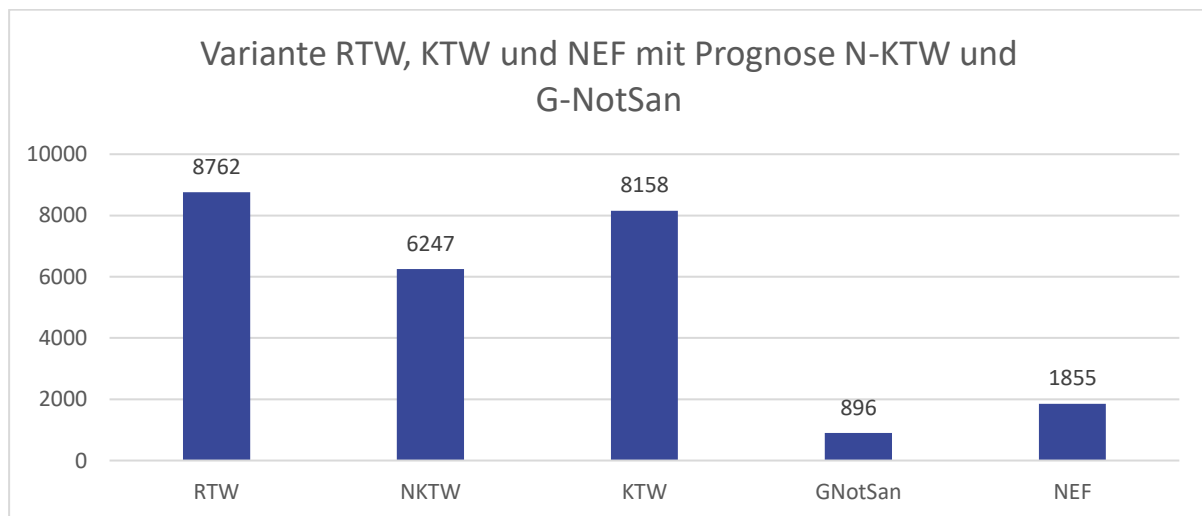


Abbildung 3: Variante RTW, KTW und NEF mit Prognose N-KTW und G-NotSan

Die Abbildung 3 zeigt die Einsatznachfrage für Rettungswagen (RTW) mit der möglichen Verschiebung auf andere Versorgungsstufen wie Notfall-Krankenwagen (N-KTW) und Gemeindenotfallsanitäter. Hier wird deutlich, dass mindestens 896 der bisher überwiegend von RTW bedienten Einsätze künftig an eine zusätzliche Versorgungstufe übergeben werden könnten.

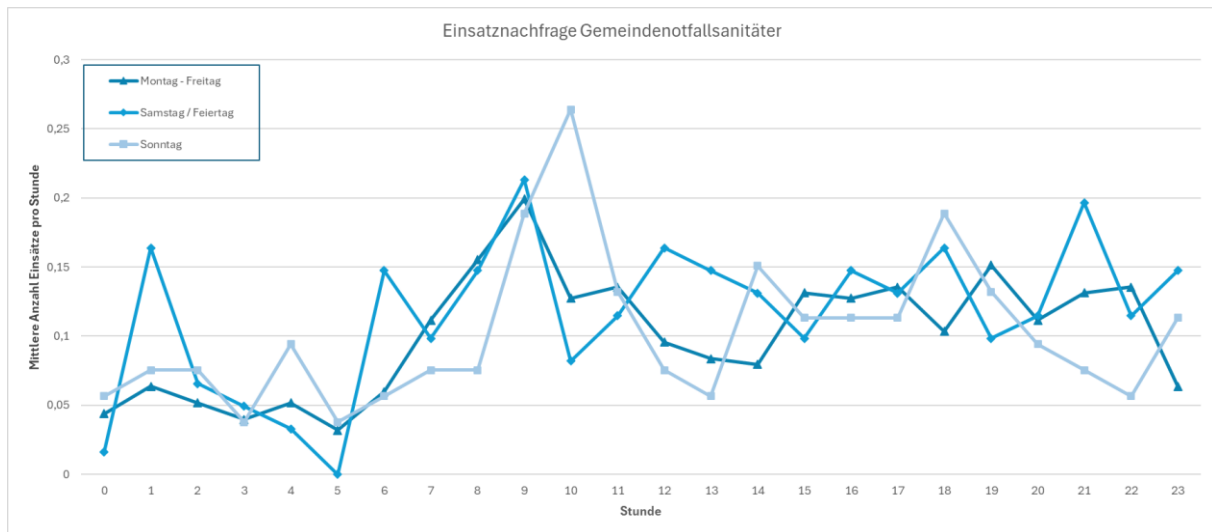


Abbildung 4: Einsatznachfrage Gemeindenotfallsanitäter

Die Abbildung 4 zeigt hierfür die Nachfrage im Tagesverlauf und die Tabelle 1 die Aufteilung nach verschiedenen Meldebild-Gruppen und ermöglicht mit den genannten Einschränkungen eine erste Einschätzung der möglichen Tätigkeitsschwerpunkte in der Gemeindenotfallversorgung.

Meldebilder	Anzahl Einsätze	Anteil Einsätze
Bronchitis	4	0,4%
Erbrechen	84	9,4%
Exsikkose	49	5,5%
Gastrointestinaler Infekt	3	0,3%
Hilfeersuchen ohne Notfall	25	2,8%
Insektenstich	14	1,6%
Kopfschmerzen	46	5,1%
Lumbago	88	9,8%
Person hilflos	112	12,5%
Schmerzen Arm	25	2,8%
Schmerzen Bein	120	13,4%
Schmerzen Hüfte	92	10,3%
Schmerzen HWS	25	2,8%
Schmerzen Knie	48	5,4%
Schmerzen LWS	79	8,8%
Schmerzen Oberschenkel	14	1,6%
Schmerzzustand	10	1,1%
Unklares Fieber	58	6,5%
Summe	896	

Tabelle 1: Einsatznachfrage Gemeindenotfallsanitäter nach Meldebildern

Wie bereits oben beschrieben, wird der Bedarf an neuen Versorgungsoptionen aufgrund der vorliegenden Daten, insbesondere der nicht auf diese Einsatzmitteldifferenzierung ausgelegten Datenabgrenzung, nach gemeinsamer Einschätzung von Lülft+, der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst sowie der

Leitstellenleitung, unterschätzt. Künftig werden bei Standardisierter Notrufabfrage und Zuordnung von Indikationen tendenziell noch mehr Einsätze vom G-NotSan übernommen werden können.

1.2.3 MÖGLICHE EINSATZFELDER UND ZIELE GEMEINDENOTFALLSANITÄTER

Die möglichen Einsatzfelder und Ziele des Gemeindenotfallsanitäters umfassen Einsätze ohne offensichtliche oder drohende Lebensgefahr, die voraussichtlich eine ambulante Behandlung erfordern, wie beispielsweise die Verabreichung von Schmerzmitteln. Dazu gehören auch wiederholte Anfragen von Personen, die unbedingt ein Rettungsmittel wünschen, sowie Einsätze bei geringfügigen Verletzungen oder Funktionsstörungen. Eine Nachalarmierung durch KTW oder N-KTW zur Behandlung, Transportbegleitung und Abklärung ist ebenfalls vorgesehen. Bei pflegerischen, psychiatrischen und sozialen Indikationen sowie bei fehlender Verfügbarkeit des KV-Bereitschaftsdienstes wird die Vermeidung von Rettungsmitteln zur Absicherung angestrebt. Der Gemeindenotfallsanitäter übernimmt zudem die Erstversorgung, Information, Vorstellung, Verweisung und Vernetzung. Im Dialog mit den Stakeholdern, wie der Kassenärztlichen Vereinigung, Pflegeeinrichtungen und innerhalb der Kreisverwaltung, ist die Übernahme weiterer Indikationsstellungen aus diesem Bereich möglich.

Beispiele für solche Einsätze sind unklare Abdominalbeschwerden, isolierte Schmerzzustände, Probleme mit Kathetern, Intoxikationen aus sozialen Indikationen, schlechter Allgemeinzustand und psychische Ausnahmezustände. Zusätzlich kann er auch als Rapid Responder fungieren, wenn ein Rettungswagen (RTW) oder ein Notfall-Krankenwagen (N-KTW) nicht zeitgerecht eintreffen. Analog zum N-KTW wird auch für den Einsatz des Gemeindenotfallsanitäters angestrebt, in 80 % der Fälle innerhalb von 30 Minuten vor Ort zu sein. Bei Personen in ungeschützter Umgebung kann die Leitstelle zusätzlich Sonderrechte für den N-KTW oder den Gemeindenotfallsanitäter anordnen.

Es bestehen verschiedene Verzahnungsoptionen, zum Einsatz als NotSan-Responder, wie im vorherigen Kapitel 1.1 beschrieben, sowie die aufsuchende Behandlung und Beratung im Rahmen des Stakeholder Management/Vorbeugenden Rettungsdienstes, wie im nächsten Kapitel 1.3 erläutert. Der Gemeindenotfallsanitäter kann auch als Supervisor und Organisatorischer Leiter (OrgL) tätig werden. Zudem ist eine Zusammenarbeit mit dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst vorgesehen.

1.2.4 FAZIT

Community Paramedicine/Gemeindenotfallsanität stellt einen wichtigen Lösungsansatz zur Verbesserung der Notfallversorgung dar. Durch die erweiterte Rolle der Notfallsanitäter können unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden und die Effizienz des Rettungsdienstes gesteigert werden. Die positiven Ergebnisse aus Pilotprojekten und die wirtschaftlichen Vorteile unterstreichen die Bedeutung dieses Konzepts für die zukünftige Gesundheitsversorgung im Landkreis Rotenburg (Wümme). Aufgrund des zu erwartenden Mehrwerts für Bürger und Kostenträger wurde das Konzept von den Experten konsentiert und wird im Weiteren zur Übernahme in das Gesamtkonzept vorgesehen und abgeprüft.

1.3 STAKEHOLDER MANAGEMENT / VORBEUGENDER RETTUNGSDIENST (VRD)





1.3.1 KONZEPT STAKEHOLDER MANAGEMENT / VORBEUGENDER RETTUNGSDIENST (VRD)

Der Ansatz zum Vorbeugenden Rettungsdienst wurde für Deutschland erstmals durch Breuer et al. 2023⁵ umfassend beschrieben. Demnach werden unter „vorbeugendem Rettungsdienst [...]“ alle Maßnahmen verstanden, die vor Eintritt eines Ereignisses stattfinden, um der Entstehung von Notfällen vorzubeugen. Im Ergebnis soll das Risiko eines Notfallereignisses, welches zum Notruf 112 führt, verringert oder das Auftreten verzögert werden. Der vorbeugende Rettungsdienst soll auch dazu beitragen, das Outcome der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Weiterhin soll ermöglicht werden, Hilfesuchende frühzeitig einer geeigneten Versorgungsform zuzuführen. Im Kern impliziert der Begriff einen präventiven Ansatz der Notfallversorgung, analog zum tief verankerten Vorbeugendem Brandschutz.

Das Konzept des vorbeugenden Rettungsdienstes setzt an der Ursache der stetig steigenden Einsatznachfrage an, da insbesondere Defizite bei der Einschätzung der Bedrohlichkeit einer Erkrankung häufig zu einem Notruf führen. In Ermangelung von Alternativen wird oft der Rettungsdienst alarmiert, was die nachfolgenden Behandlungsstrukturen, insbesondere die Notaufnahme, belastet. Ziel des Stakeholder-Managements im Rahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes ist es, insbesondere Institutionen und organisierte Wohnformen mit regelmäßigen Hilfeersuchen anzusprechen. Die Vernetzung und Kooperation von Rettungsdienst, Pflegeheimen, Arztpraxen und Palliativpflegediensten sowie Krankenhäusern soll zukünftig wesentlich dazu beitragen, unnötige Hospitalisierungen zu vermeiden, die Einsatznachfrage im Rettungsdienst nachhaltig zu verringern, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und Folgekosten zu vermeiden.

Im Rahmen von Stakeholder Management mit Krankenhäusern, Taxi-Unternehmen und Rollstuhltransporten sollen das Transportangebot bei Entlassungen und Einweisungen ausgeweitet und die Strukturen des Rettungsdienstes entlastet werden. Eine weitere Belastung für das System Rettungsdienst stellen die sogenannten Frequent User dar, die aufgrund einer unzureichenden Versorgung oder Anbindung regelmäßig den Rettungsdienst in Anspruch nehmen. Eine verstärkte Vernetzung und Netzwerkarbeit sowie ein organisiertes, schnittstellenübergreifendes Case-Management mit Fallkonferenzen soll in Zukunft sicherstellen, dass Patienten zielgerichtet die Hilfe erhalten, die nachhaltig erforderlich ist, um erneute Notrufe zu vermeiden. Weitere Ausführungen zum Stakeholder und Case-Management und zur Interventionsplanung im Rahmen eines vorbeugenden Rettungsdienstes finden sich in Abbildung 5.

⁵ vgl. Breuer, Florian/Stefan K. Beckers/Janosch Dahmen/Andre Gnirke/Christopher Pommerenke/Stefan Poloczec: Vorbeugender Rettungsdienst – präventive Ansätze und Förderung von Gesundheitskompetenz an den Schnittstellen zur Notfallrettung, in: Der Anästhesist, Bd. 72, Nr. 5, 13.03.2023, doi:10.1007/s00101-023-01272-6.

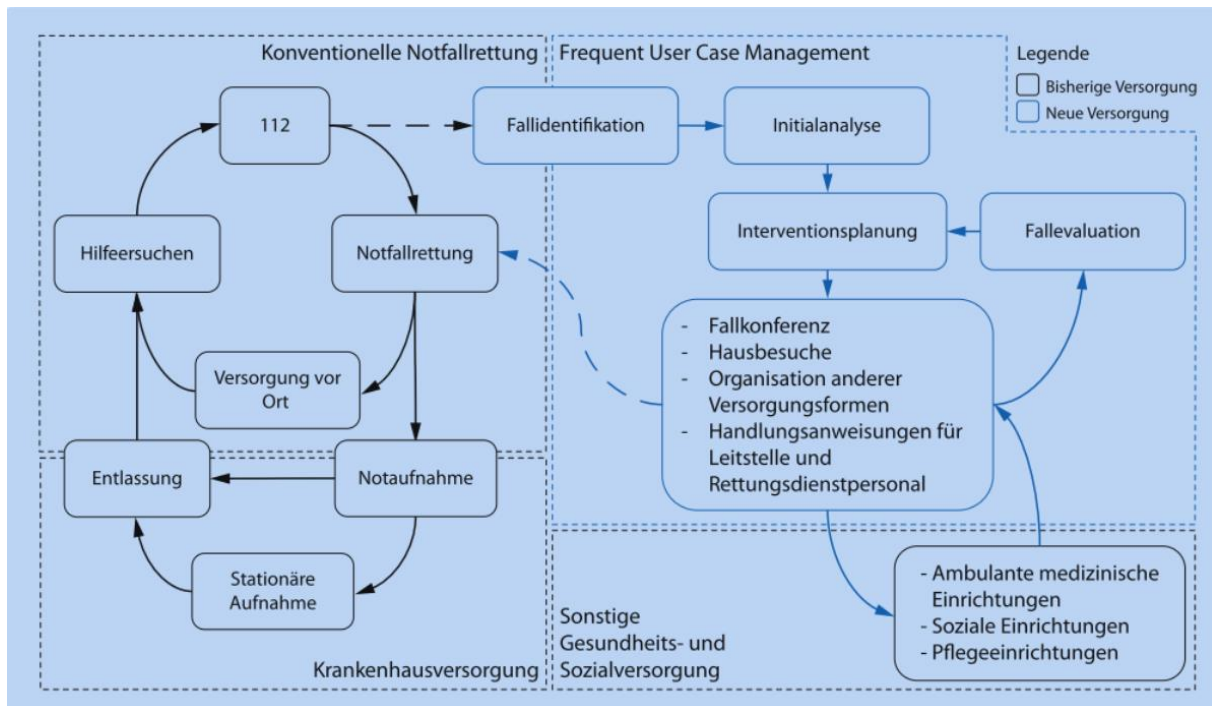


Abbildung 5: Case-Management zur Identifikation von Frequent Users und zur Interventionsplanung im Rahmen eines vorbeugenden Rettungsdienstes (Quelle: Breuer et al 2023)

Hauptaufgabe von Stakeholder Management wird somit weiterhin die Vernetzung innerhalb der Kreisverwaltung sowie die aufsuchende Beratung und akute psychiatrische Beratung im Rahmen der Netzwerkarbeit mit dem sozialpsychiatrischen Dienst sein. Darüber hinaus soll durch Netzwerkarbeit die Suche nach Tagespflege- und stationären Pflegeangeboten gestärkt werden. Ein präventiver Ansatz zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und Resilienz der Bevölkerung auf kommunaler Ebene wird ebenfalls angestrebt. Informationskampagnen, Aufklärung und die adressatengerechte Implementierung von Bildungsangeboten sollen die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsbewusstsein steigern. Im Vordergrund steht der Aufbau einer Beziehung zwischen Rettungsdienst und Bevölkerung. Hierzu zählt auch die Implementierung, Verwaltung und Promotion von Erst- und Spontanhelferalarmierungssystemen, wie beispielsweise die Ersthelfer-App „Mobile Retter“ im Landkreis Rotenburg (Wümme) und das AED-Standort-Konzept des Landkreises Rotenburg (Wümme). Im Folgenden sollen die möglichen Bedarfe und Chancen eines Stakeholder- und Case-Management näher beleuchtet werden.

1.3.2 SOLL-BEDARFE UND ANALYSE

Das Verhältnis von Notfalleinsätzen zu Pflegeplätzen in stationären Pflegeeinrichtungen wird in Abbildung 6 dargestellt. Diese Darstellung hilft, die Häufigkeit von Notfalleinsätzen in Relation zur Anzahl der Pflegeplätze zu verstehen und mögliche Überlastungen oder Unterversorgungen zu identifizieren.

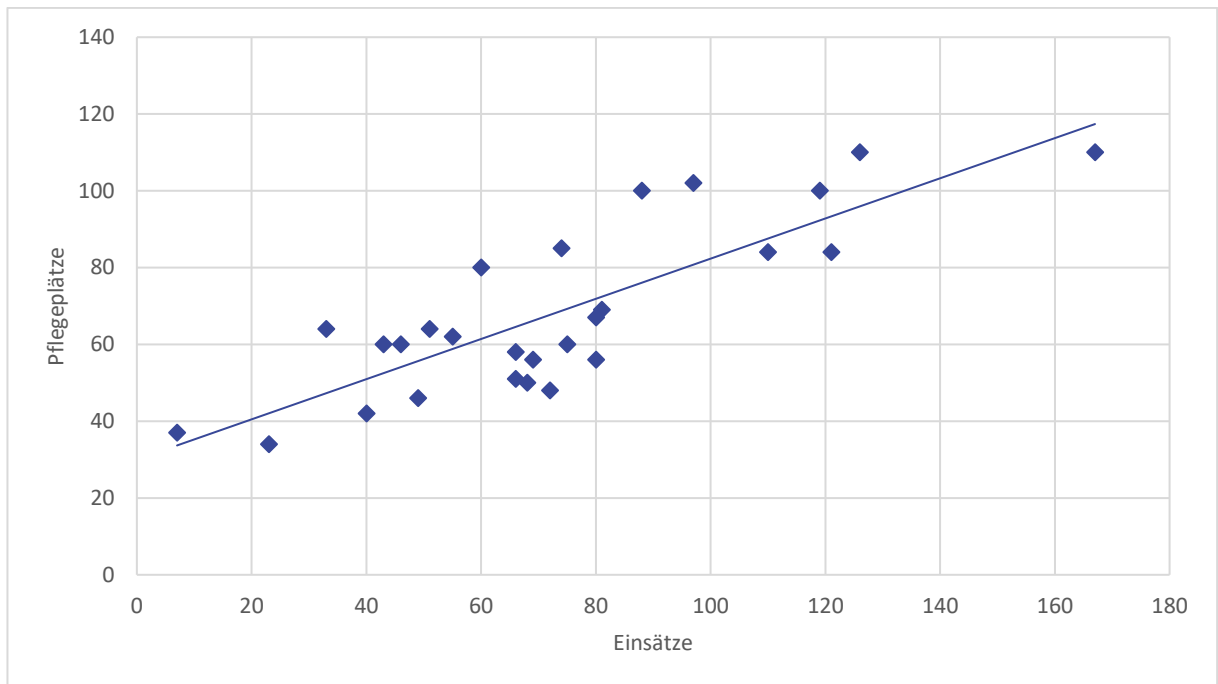


Abbildung 6: Stationäre Pflegeeinrichtungen: Verhältnis Notfalleinsätze/Pflegeplätze

Die Quote der Notfalleinsätze pro Pflegeplatz wird in Abbildung 7 dargestellt. Diese Quote gibt Aufschluss darüber, wie häufig Notfalleinsätze in Relation zur Anzahl der Pflegeplätze in verschiedenen Einrichtungen vorkommen. Eine Analyse dieser Daten zeigt, dass eine Senkung der Nachfragen aus den Einrichtungen, die oberhalb des Medians (50 %-Perzentil) liegen, auf den Median zu einer signifikanten Reduktion der Notfalleinsätze führen könnte. Konkret könnte dies eine Verringerung um 152 Notfalleinsätze und 319 Krankentransporte bedeuten. Diese Reduktion würde nicht nur die Belastung des Rettungsdienstes verringern, sondern auch die Effizienz und Qualität der Versorgung in den Pflegeeinrichtungen verbessern.

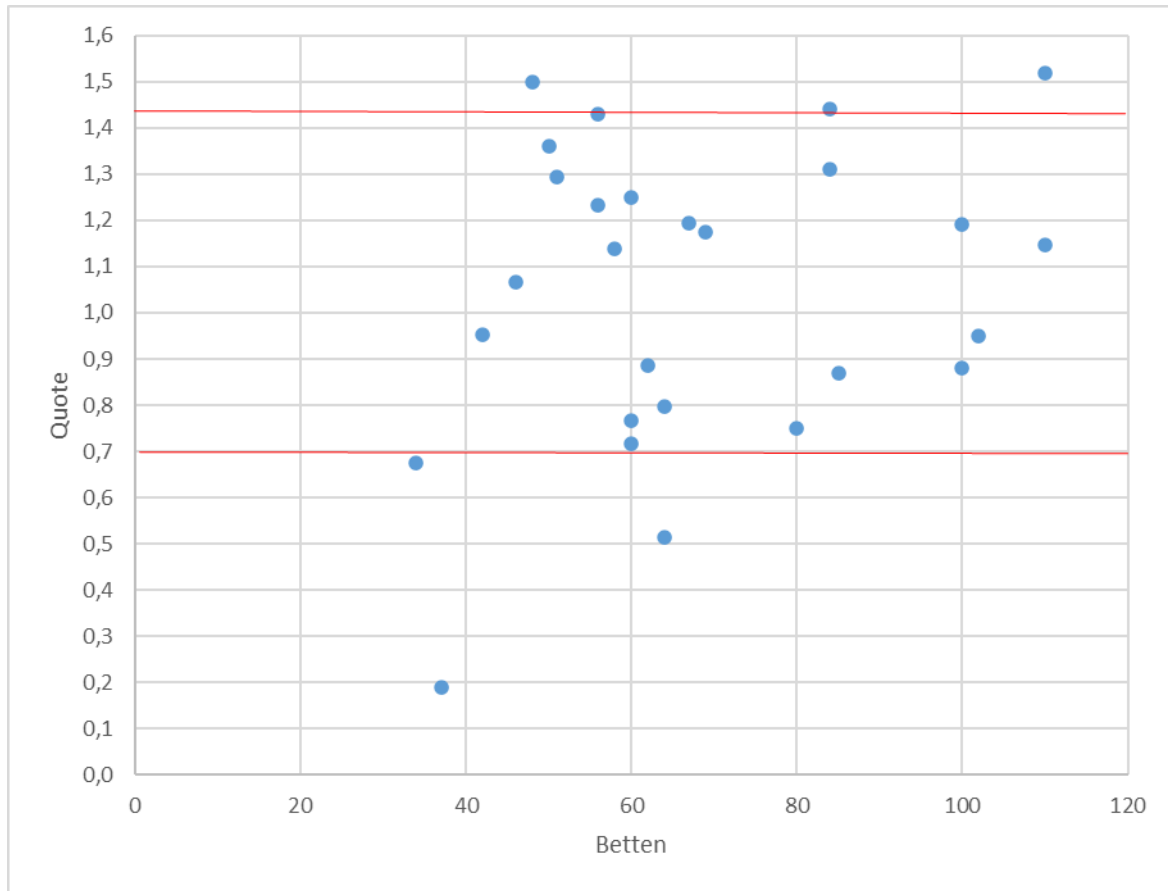


Abbildung 7: Stationäre Pflegeeinrichtungen: Quote Notfalleinsätze pro Pflegeplatz

Hierfür ist wichtig, die bereits oben dargestellten Limitationen zur Kenntnis zu nehmen. Die Daten könnten aufgrund von unvollständigen oder ungenauen Meldungen zu niedrig geschätzt sein. Zudem können externe Faktoren, wie saisonale Schwankungen oder spezifische Ereignisse, die Anzahl der Notfalleinsätze beeinflussen. Die Bemessung und Darstellung relevanter Fälle ist entscheidend für die genaue Erhebung der Bedarfe. Weiterhin kann die real belegbare Zahl der Pflegebetten von der bei der Heimaufsicht gemeldeten Maximalzahl abweichen. Daher ist der Abgleich und die Erhebung gemeinsam mit den relevanten Netzwerkpartnern, die in das Stakeholder- und Case-Management eingebunden werden sollen, so wichtig.

1.3.3 MÖGLICHE EINSATZFELDER UND ZIELE STAKEHOLDER-MANAGEMENT (VRD)

Ein zentrales Element ist das Stakeholder-Management, das durch gezielte Netzwerkarbeit mit Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und weiteren Einsatzschwerpunkten die Reduzierung von nicht-indizierten Einsätzen und eine nachhaltige Entlastung der Notfallversorgung anstrebt. Wissensvermittlung und Resilienzsteigerung bei Partnern und in der Bevölkerung sind weitere wichtige Ziele. Die Vernetzung und Verweisung an Palliativmedizin, sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV), Gesundheitslotsen, Behörden und die (Kreis-)Verwaltung spielen ebenfalls eine zentrale Rolle. Erkenntnisse aus dem Einsatzdienst sollen zurückgespiegelt und in den Einsatzdienst integriert werden, beispielsweise durch niedergelassene Ärzte, die keine Verordnung einer Krankenförderung ausstellen. Im ländlichen Raum liegt der Schwerpunkt des Konzeptes eher auf Vernetzung und Wissenstransfer im Gesundheits- und Pflegewesen.



Die Ziel- und Erfolgsdefinitionen des vorbeugenden Rettungsdienstes umfassen die Reduzierung von nicht-indizierten Einsätzen durch einen präventiven Ansatz und die nachhaltige Entlastung der Notfallversorgung. Dies soll durch gezielte Netzwerkarbeit mit Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen, die Anbindung an sozialpsychiatrische Dienste und Ämter sowie die Resilienzsteigerung der Bevölkerung erreicht werden. Ein weiteres Ziel ist das Case Management von sogenannten Frequent Usern oder Fallern.

1.3.4 FAZIT

Das Stakeholder-Management (VRD) umfasst alle Maßnahmen, die vor dem Eintritt eines Ereignisses stattfinden, um der Entstehung von Notfällen vorzubeugen. Im ländlichen Raum liegt der Schwerpunkt des Konzeptes eher auf Vernetzung und Wissenstransfer im Gesundheits- und Pflegewesen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Stakeholder-Management (VRD) durch gezielte Netzwerkarbeit, Wissensvermittlung und Resilienzsteigerung eine nachhaltige Entlastung der Notfallversorgung und eine Verbesserung der medizinischen Versorgung anstrebt.

1.4 WEITERE ANSÄTZE ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT UND -EFFIZIENZ

Um die Versorgungsqualität und -effizienz weiter zu steigern, werden in den folgenden Abschnitten verschiedene Ansätze und Konzepte vorgestellt. Diese umfassen unter anderem das Qualitätsmanagement und Changemanagement zur Verbesserung der Reanimations- und Notfallversorgung, die Optimierung der rettungsdienstlichen Einsatzleitung, die Einführung von Field Supervisors im Rettungsdienst, den Einsatz von Notfall-Krankswagen (N-KTW) und „Fahrdiensten“, die Integration von Telemedizin und Telenotfallmedizin sowie die optimale Vernetzung mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst.

1.4.1 **“SYSTEMS SAVING LIVES” QM UND CHANGEMANAGEMENT ZUR (SYSTEMATISCHEN UND SYSTEMISCHEN) VERBESSERUNG DER REANIMATIONS- UND NOTFALLVERSORGUNG**

Die Implementierung von Qualitätsmanagement und Changemanagement im Rettungsdienst ist von entscheidender Bedeutung für die systematische und systemische Verbesserung der Reanimations- und Notfallversorgung. Zahlreiche Publikationen und internationale Evidenz belegen die Wirksamkeit und Notwendigkeit dieser Maßnahmen. Insbesondere die ERC-Leitlinien 2021 betonen im Kapitel “Systems Saving Lives”⁶ die Bedeutung dieser Ansätze. Darüber hinaus bieten die “10 Schritte zu besserem Überleben bei plötzlichem Herz-Kreislauf-Stillstand”⁷ nach Eisenberg und der Global Resuscitation Alliance (2019) praxisorientierte Leitfäden, die zur Umsetzung medizinischer Leitlinien beitragen. Diese Schritte sind essenziell, um die Überlebensraten bei plötzlichem Herz-Kreislauf-Stillstand signifikant zu erhöhen und die Qualität der Notfallversorgung bei zeitkritischen Notfällen nachhaltig zu verbessern. Ein

⁶ Semeraro F, Greif R, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Systems saving lives. Resuscitation 2021; 161: 80–97. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.008.

⁷ The Resuscitation Academy Foundation/Global Resuscitation Alliance. 10 STEPS for Improving Survival from Cardiac Arrest. 2nd ed. Seattle 2019, Online: https://globalresuscitationalliance.org/downloads/e-book/10_steps_2019.pdf, zuletzt geprüft am 10.10.2024.

gemeinsames Positionspapier von Kupas et al. ⁸(2024) betont, dass über die traditionellen Hilfsfristen hinausgegangen werden muss, um ein breiteres Spektrum an Leistungsindikatoren (KPIs) zu berücksichtigen. Es wird ein systematischer und systemischer, datengestützter Ansatz zur kontinuierlichen Verbesserung der Notfallversorgung gefordert. Im Folgenden werden die zehn Schritte nach Eisenberg und der aktuelle Umsetzungsstand im Rettungsdienstbereich (Abbildung 8 / Tabelle 2) dargestellt, deren Umsetzung bewertet und falls geeignet in die weitere Konzeption integriert wird.

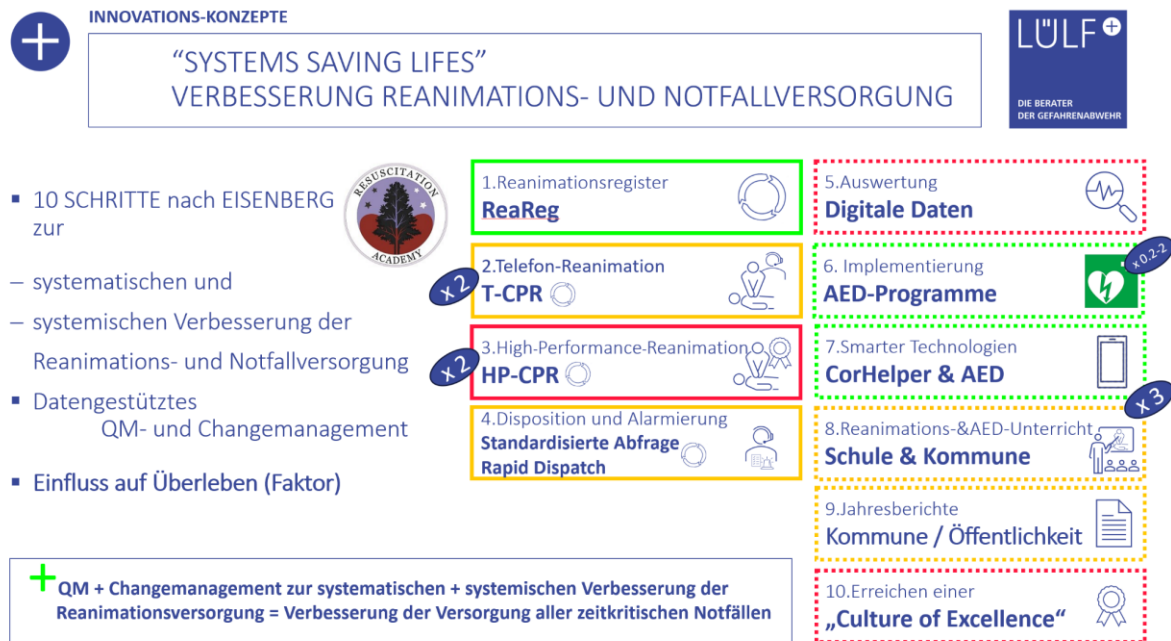


Abbildung 8: 10 Schritte zu besserem Überleben bei plötzlichem Herz-Kreislauf-Stillstand“ nach Eisenberg / GRA (2019)

Zunächst werden die sogenannten „Low hanging Fruits“ den vier einfach umzusetzenden Schritten zur Implementierung empfohlen. Hier ist, wie in Tabelle 2 dargestellt, im Landkreis mit der langjährigen Teilnahme am **Reanimationsregister** bereits der wesentliche erste Schritt für ein Benchmarking und die Messung von Versorgungsqualität gegeben. Die in Schritt 2 geforderte **Telefon-Reanimation (T-CPR)** wird bereits in der Leitstelle umgesetzt, hier wären lediglich noch das **strukturierte Trainingsprogramm und kontinuierliche Qualitätsmanagement** zur Umsetzung empfohlen. Gleiches gilt für den Schritt 4, wo in der Leitstelle bereits eine Strukturierte Notrufabfrage zur Anwendung kommt. Hier wird somit lediglich der geplante Wechsel auf eine **Standardisierte Notrufabfrage** und die Umsetzung von **Sofort-Disposition und -Alarmierung [Rapid Dispatch und Rapid Response] mit strukturiertem Trainingsprogramm und kontinuierlichem Qualitätsmanagement** empfohlen.

Die Einführung eines **High-Performance-Reanimations-(HP-CPR)-Programms** wird ebenfalls **mit strukturiertem Trainingsprogramm und kontinuierlichem Qualitätsmanagement** zur Umsetzung empfohlen. Dieses Programm umfasst eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Reanimationsqualität und zur Erhöhung des Personalansatzes, um mehr Patienten das Überleben nach einem Herz-

⁸ Kupas, Douglas F.; Zavadsky, Matt; Burton, Brooke; Decker, Chip; Dunne, Robert; Dworsky, Peter et al. (2024): Joint Position Statement on EMS Performance Measures Beyond Response Times. In: Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors, S. 1–3. DOI: 10.1080/10903127.2024.2375739.

Kreislauf-Stillstand zu ermöglichen. Laut Böttiger et al. ⁹(2020) kann bei einer vollständigen und hochwertigen Umsetzung von Schritt 2 (Telefon-Reanimation) und Schritt 3 (High-Performance-Reanimation) jeweils von einer Verdopplung der Überlebensraten ausgegangen werden.

Schritt 1–4		Bewertung
Schritt 1	Reanimationsregister zur systematischen und systemischen Verbesserung der Reanimationsversorgung	
Schritt 2	Einführung der Telefon-Reanimation (T-CPR) mit strukturiertem Trainingsprogramm und kontinuierlichem Qualitätsmanagement	
Schritt 3	Einführung eines High-Performance-Reanimations-(HP-CPR)-Programms mit strukturiertem Trainingsprogramm und kontinuierlichem Qualitätsmanagement	
Schritt 4	Durchführung von Sofort-Disposition und -Alarmierung [Rapid Dispatch] mit strukturiertem Trainingsprogramm und kontinuierlichem Qualitätsmanagement	
Schritt 5–10		
Schritt 5	Auswertung aller verfügbaren digitalen Daten (u.a. Defibrillator)	
Schritt 6	Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) durch Ersthelfende, einschließlich Polizei, Sicherheitsdiensten und Ordnungsbehörden	
Schritt 7	Nutzung smarter Technologien zur früheren und schnellen Aktivierung von Ressourcen zur Reanimation und Anbindung von AED-Programmen	
Schritt 8	Verpflichtender Reanimations- und AED-Unterricht an Schulen und in der Kommune	
Schritt 9	Jahresberichte für die Rettungsdienstorganisation(en), Rettungsdienstträger und Kommune/Öffentlichkeit	
Schritt 10	Erreichen einer „Culture of Excellence“	

Tabelle 2: “10 Schritte zu besserem Überleben bei plötzlichem Herz-Kreislauf-Stillstand” nach Eisenberg / GRA (2019)

Im unteren Teil der Tabelle 2 sind mit den Schritten 5–10 die “High hanging fruits” beschrieben. Im übertragenen Sinne bezieht diese sich auf Ziele oder Aufgaben, die schwer zu erreichen sind und mehr Aufwand oder Energie erfordern. Auf Deutsch könnte man diese Redewendung auch als “anspruchsvolle Aufgaben” übersetzen. Auch hier sind bereits gute Ansätze und Grundlagen im Rettungsdienstbereich Rotenburg (Wümme) vorhanden. Mit der in Schritt 5 empfohlenen Nutzung und **Auswertung aller verfügbaren digitalen Daten** ist bisher noch nicht begonnen worden, beides kann aber künftig optimal mit der Einführung der mobilen Datenerfassung verknüpft und dann mit weiteren Datenquellen (u.a. aus dem Defibrillator) ausgeweitet werden.

Beim **Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) durch Ersthelfende, einschließlich Polizei, Sicherheitsdiensten und Ordnungsbehörden** (Schritt 6), sowie der **Nutzung smarter Technologien zur frühzeitigen und schnellen Aktivierung von Ressourcen zur Reanimation und Anbindung von AED-Programmen** (Schritt 7), sind seit 2020 bereits über 508 Nutzer mit der Ersthelfer-App „Mobile Retter“ im Landkreis Rotenburg (Wümme) eingebunden. Über diese App ist auch das AED-Programm mit den Standorten der automatisierten externen Defibrillatoren (AED) verknüpft. Weitere Maßnahmen zur kontinuierlichen Erhöhung der Nutzerzahl sowie zur Einbindung weiterer Helfergruppen sollten geprüft und mit dem HP-CPR-Programm aus Schritt 3 zusammengeführt werden. Für organisierte Ersthelfer-Reanimations-Programme und zur Verwendung öffentlich zugänglicher Defibrillatoren (AED) wird

⁹ Böttiger BW, Becker LB, Kern KB, et al. BIG FIVE strategies for survival following out-of-hospital cardiac arrest. Eur J Anaesthesiol 2020: June 08, 2020. doi:10.1097/EJA.0000000000001247.



der Einfluss auf das Überleben mit einem Faktor von 0,2 bis 2 angegeben. Eine dreifach höhere Überlebensrate kann durch die **verpflichtende Einführung von Reanimations- und AED-Unterricht an Schulen und in der Kommune** (Schritt 8) erreicht werden. Schritt 9 umfasst die **Erstellung von Jahresberichten für die Rettungsdienstorganisation(en), Rettungsdienstträger und die Kommune/Öffentlichkeit**. Schritt 10 zielt darauf ab, eine „**Culture of Excellence**“ zu erreichen und diese Kultur dauerhaft im Rettungsdienstbereich zu leben.

Fazit: Die Verbesserung der Reanimation führt auch zur Verbesserung der Notfallversorgung weiterer zeitkritischer Notfallbilder. Die Integration der 10 Schritte des Qualitätsmanagements und des Change-managements trägt zur systematischen und systemischen Verbesserung der Reanimations- und Notfallversorgung bei und wird daher zur Umsetzung empfohlen.

1.4.2 VERBESSERUNG DER RETTUNGSDIENSTLICHEN EINSATZLEITUNG

Im Innovationsteil sollte geprüft werden, ob weitere Verbesserungen der rettungsdienstlichen örtlichen Einsatzleitung über die in Kapitel 3.5 des Rettungsdienstbedarfsplan 2024 genannten Planungsstände für den Massenanfall von Verletzten hinausgehend in das Konzept integriert werden können. Das Fazit dieser Prüfung zeigt, dass eine weitere Stärkung der rettungsdienstlichen örtlichen Einsatzleitung möglich wäre. Dies umfasst insbesondere eine Verbesserung der 24/7 Verfügbarkeit von organisatorischen Leitern (OrgL).

Zudem sollten alle Einsatzführer von Rettungswagen (RTW) und Fahrer von Notarzteinsetzungsfahrzeugen (NEF) als Gruppenführer Rettungsdienst (GF-RD) fungieren, um die Zeit bis zum Eintreffen von OrgL und Leitender Notarzt (LNA) zu überbrücken. Diese Maßnahmen sollen sicherstellen, dass das erste Team vor Ort effektiv agieren und die Führung von Unterabschnitten übernehmen kann.

1.4.3 FIELD SUPERVISOR RETTUNGSDIENST

Das Konzept des Field Supervisors im Rettungsdienst ist international anerkannt und wurde unter anderem in Wien erfolgreich umgesetzt und publiziert. Eine strukturierte Fortbildung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Rettungsdienst wurde als Einsatz-Supervision in Wiesbaden und im Rheingau-Taunus-Kreis eingeführt. Diese Fortbildung zielt darauf ab, die Qualität der Versorgung durch kontinuierliche Supervision und Schulung zu erhöhen. Die kollegiale NotSan-Supervision dient als fortlaufende Qualitätssicherung im Hoch-Risiko- und High-Performance-Team-Umfeld des Rettungsdienstes. Durch regelmäßige Supervision und Feedback können Notfallsanitäter ihre Fähigkeiten und ihr Wissen kontinuierlich verbessern, was zu einer höheren Versorgungsqualität führt. Es wird empfohlen, den Field Supervisor zunächst mittelfristig zu implementieren. Dies kann durch einen schrittweisen Ansatz erfolgen, bei dem zunächst eine pädagogische Leitung entwickelt und etabliert wird, um die notwendigen Schulungs- und Fortbildungsstrukturen weiter zu professionalisieren. In einem späteren Schritt kann dann die Funktion Field Supervisor im Rettungsdienst implementiert werden. Dieser Ansatz ermöglicht es, die notwendigen Ressourcen und Strukturen sorgfältig aufzubauen und gleichzeitig die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität sicherzustellen.

1.4.4 WEITERE OPTIONEN DER NICHT MEDIZINISCH / FACHLICHEN KRANKENBEFÖRDERUNG

Fahrdienste

(Liegend-)Taxi



Im Rahmen des Gutachtens wurden die Optionen der Einbindung von nicht medizinisch / fachlichen Krankentransportgebern, sogenannte „Fahrdienste“, geprüft. Eine optimale Vernetzung dieser Fahrdienste mit anderen Optionen der qualifizierten Krankentransportgebern ist entscheidend, um eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Das vom Amt für Rettungsdienstmanagement herausgegebene „Handout für Arztpraxen, Krankenhäuser zum Einsatz von Rettungsmitteln“ bieten hierbei wertvolle Orientierungshilfen.

Eine Einbindung entsprechender Systeme ist notwendig, um die verschiedenen Optionen der Krankentransportgebern effizient zu nutzen. Hierbei ist zum Beispiel darauf zu achten, dass die öffentliche Rettungsleitstelle mögliche Patienten auf die entsprechenden Systeme hinweist, die grundsätzlich außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes gemäß NRetDG privatwirtschaftlich zu organisieren sind. Es ist darauf zu achten, dass der Verweis auf potenzielle Anbieter diskriminierungsfrei erfolgt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einbindung und Verweisung an entsprechende Systeme und Anbieter der nicht medizinisch / fachlichen Krankentransportgebern, wie Fahrdienste, dringend empfohlen wird. Diese Maßnahmen tragen wesentlich dazu bei, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Ressourcen im Rettungsdienst effizienter zu nutzen.

1.4.5 INTEGRATION TELEMEDIZIN UND TELENOTFALLMEDIZIN

Tele-(Notfall-)Medizin

TNA



Unabhängig vom Auftrag des Gutachtens umfasst die derzeitige gesetzliche Weiterentwicklung des Rettungsdienstes in Niedersachsen die Integration der telemedizinischen Anbindung. Die Novelle zum NRetDG enthält spezifische Regelungen zur Telemedizin, die darauf abzielen, die Effizienz und Qualität der Notfallversorgung zu verbessern. Das Landes-Konzeptpapier „Telenotfallmedizin im Rettungsdienst Niedersachsen“ (Stand 17.07.22) bietet eine umfassende Zusammenfassung der Möglichkeiten und Vorteile der Telenotfallmedizin.

Die Integration der Telemedizin in Notfall-Krankenwagen (N-KTW), Rettungswagen (RTW) und bei Gemeindenotfallsanitätern (GNotSan) eröffnet zahlreiche Möglichkeiten. Die laufende Umsetzung des LARD-Konzeptpapiers zeigt, wie diese Integration in der Praxis erfolgen kann. Beispielsweise kann die telemedizinische ärztliche Konsultation für Rettungsmittel wie N-KTW telefonisch oder über Smartphones erfolgen, während RTW mit Daten- und Videoübertragung ausgestattet werden können. Die Definition von Ausbaustufen der telemedizinischen Anbindung ist entscheidend, um eine schrittweise und effektive Implementierung zu gewährleisten. Ebenso wichtig ist die Festlegung organisatorischer Anforderungen, um eine reibungslose Integration zu ermöglichen.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Integration der Telemedizin und Telenotfallmedizin erhebliche Vorteile für die Notfallversorgung bietet. Diese Technologien ermöglichen eine schnellere und präzisere medizinische Beratung, was besonders in ländlichen Gebieten von großer Bedeutung ist. Durch die

telemedizinische Anbindung können Rettungskräfte vor Ort sofortige Unterstützung von Telenotfallmedizinern erhalten, was die Entscheidungsfindung und die Qualität der Erstversorgung verbessert. Zudem kann die Telemedizin dazu beitragen, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, indem Patienten direkt vor Ort adäquat versorgt werden. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, die Versorgungsqualität zu steigern und die Effizienz im Rettungsdienst zu erhöhen. Darüber hinaus fördert die Telemedizin die kontinuierliche Weiterbildung und Unterstützung der Rettungskräfte, was langfristig zu einer besseren Patientenversorgung führt.

1.4.6 OPTIMALE VERNETZUNG MIT DEM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST

Gesundheitsleitstelle

Übergabe KV-Dienst



Die optimale Vernetzung aller rettungsdienstlichen Versorgungsstufen mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst ist ein zentraler Bestandteil des Konzepts. Zum ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen gehören die Bereitschaftspraxen im Kreisgebiet sowie der ärztliche Hausbesuchsdienst. Im Rahmen der Reform der Notfallversorgung wird eine Übergabe und optimale Vernetzung der Steuerung angestrebt, die eine patientenzentrierte Zusammenarbeit ermöglicht.

In der Gesundheitsregion Rotenburg (Wümme) in Niedersachsen wird eine sektorübergreifende Versorgung unter Berücksichtigung der Bedarfe umgesetzt. Dies umfasst auch die Nachwuchsgewinnung für medizinische Berufe sowie Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Eine optimale Verknüpfung mit den vorgenannten Versorgungs- und Präventionskonzepten ist essenziell, um eine sektorenunabhängige Versorgung zu gewährleisten.

Das Bundesgesetz zur Notfallreform fördert die Vernetzung mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, um eine bessere Versorgung zu gewährleisten. Das Konzept der Gesundheitsregionen sieht in Szenario B eine interdisziplinäre Zusammenarbeit vor, um stationäre Einweisungen in Regionen mit hausärztlicher Unterversorgung zu vermeiden. Diese Zusammenarbeit fördert eine umfassende und effiziente Versorgung der Patienten und trägt zur Entlastung der Notfallversorgung bei.

2 UMSETZUNGSKONZEPT ZUR INTEGRATION ALLER INNOVATIONS-ANSÄTZE

Durch die Vernetzung und Integration aller als umsetzungswürdig bewerteten Innovations-Ansätze entsteht ein Konzept der gestuften und integrierten Notfallversorgung im Landkreis Rotenburg (Wümme) mit dem Notfall-KTW, einem Notfallsanitäter-Responder „ROWsponder“ [Arbeitstitel] und einer Organisationseinheit Stakeholder Management / Vorbeugender Rettungsdienst sowie der Implementierung weiterer Ansätze zur patientenzentrierten Verbesserung von Versorgungsqualität und -effizienz.

Die nachfolgende Abbildung 9 zeigt die hierauf ausgerichtete, zukünftige und erweiterte Versorgungs-Architektur des Rettungsdienstes im Landkreises Rotenburg (Wümme).

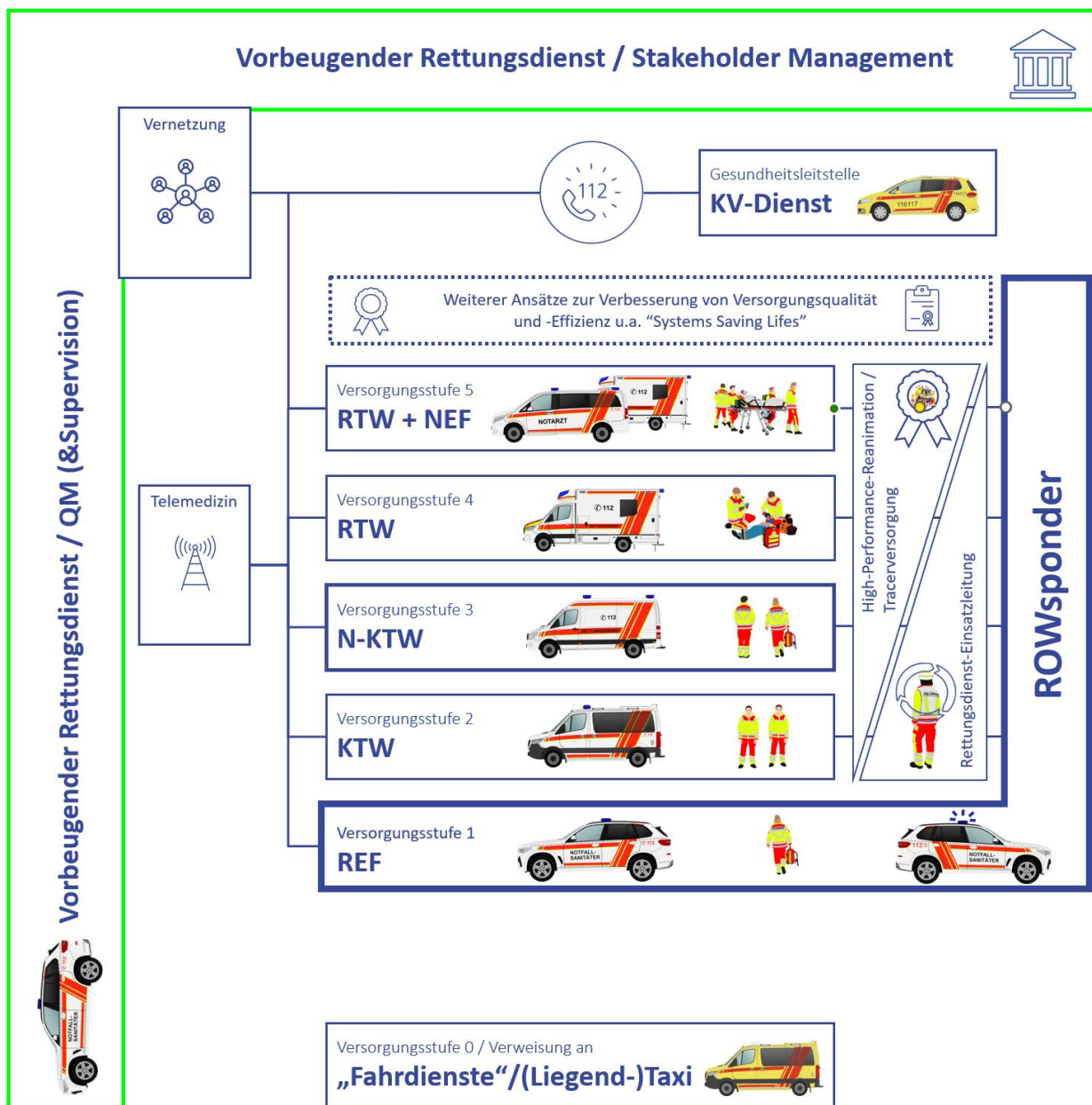


Abbildung 9: Innovations-Konzept einer gestuften und integrierten Notfallversorgung im Landkreis Rotenburg (Wümme)

Basierend auf dem Innovationskonzept einer gestuften und integrierten Notfallversorgung im Landkreis Rotenburg (Wümme) verdeutlicht das Sankey-Diagramm die mögliche Verschiebung der Einsatznachfrage bei der Umsetzung dieses patientenorientierten Systems (siehe Abbildung 10). Mindestens die grün markierten Einsätze könnten von neuen Versorgungsebenen übernommen werden. Die Datenbasis IST-2023 für den Bedarf an N-KTW und ROW-Responder wird daher, wie bereits erwähnt, tendenziell noch unterschätzt. Eine Übergabe an den ROWsponder würde beispielsweise zu einer weiteren Verbesserung der RTW-Verfügbarkeit führen.

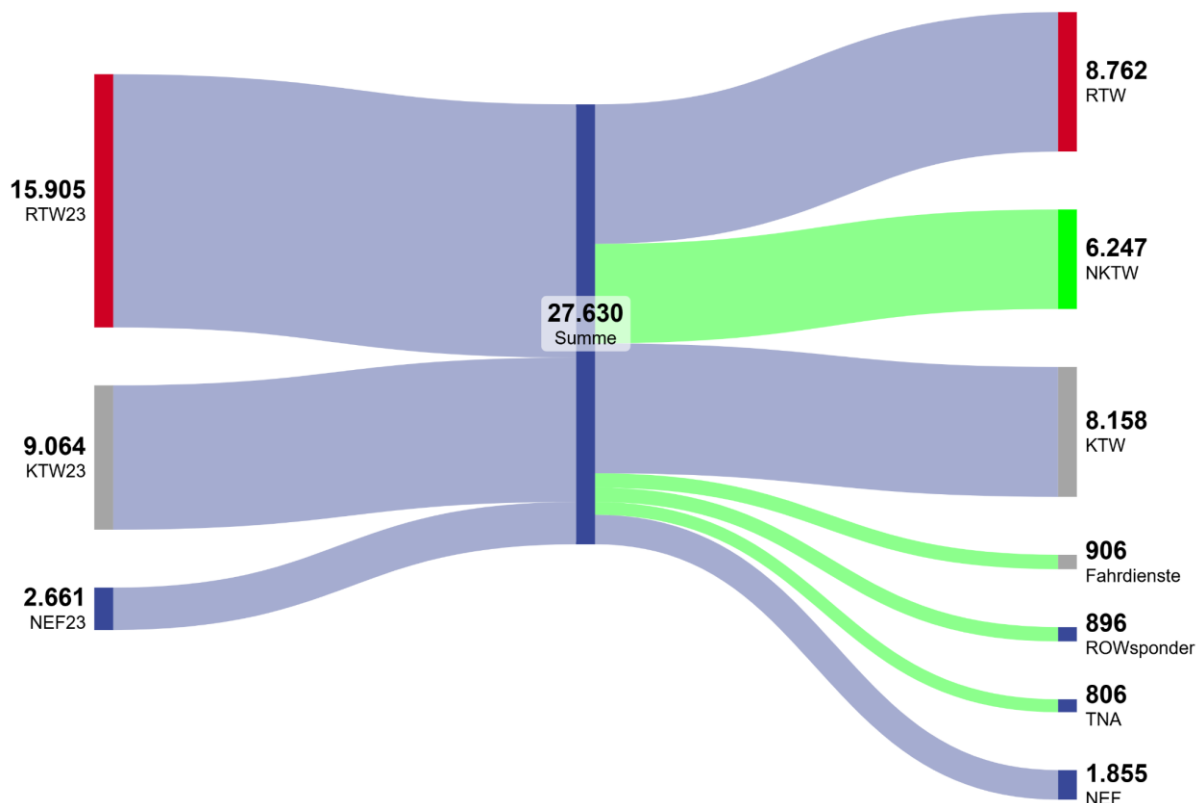


Abbildung 10: Patientenorientierte Systemantwort: Mögliche Verschiebung Einsatznachfrage

In diesem Kapitel erfolgt hierauf aufbauend die weitere Ausgestaltung des Konzeptes für eine gestufte und integrierte Notfallversorgung sowie für die Zieldefinition und Prüfung der Umsetzbarkeit im Rettungsdienstbereich.

2.1.1 „ROWSPONDER“ NOTFALLSANITÄTER RESPONDER

Als erste Versorgungsstufe für Patienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko soll im Landkreis Rotenburg (Wümme) ein Notfallsanitäter Responder „ROWsponder“ mit einem Rettungseinsatzfahrzeug (REF) eingerichtet werden. Ziel ist es, auf nicht lebensbedrohliche Hilfeersuchen ohne eine zu erwartende Transportnotwendigkeit zu reagieren und so die Ressourcen für die Notfallversorgung verfügbar zu halten. Der ROWsponder soll hier vor Ort sichten, ggf. ambulant behandeln und als medizinischer Gatekeeper zur Weiterversorgung an den richtigen Versorgungssektor verweisen.



Zusätzlich wird dieser ROWsponder auch regelhaft zur Verkürzung des versorgungsfreien Intervalls und der Vor-Ort-Zeit des transportierenden Rettungsmittels bei den oben dargestellten zeitkritischen Notfällen (sogenannte „Tracerdiagnosen“) und als zusätzliches Einsatzmittel zur Erhöhung der Personalbesetzung bei Herz-Kreislauf-Stillstand entsandt.

Für die Einsätze der Versorgungstufe 1 und die Einsätze als NotSan-Responder erfolgt jeweils eine Wachbereichsdefinition und Einsatzindikationsstellung anhand der neuen in Einführung befindlichen Standardisierten Notrufabfrage. Innerhalb dieses jeweiligen Wachbereichs wird das REF primär ohne Priorität für die Versorgungstufe 1 und mit Sonderrechten für Einsätze als Not-San-Responder und im Ermessen der Leitstelle alarmiert. Bei Nichtverfügbarkeit und außerhalb der definierten Bereiche werden grundsätzlich die für Einsatzindikation und Einsatzort vorgesehenen Rettungsmittel alarmiert.

Wie beim N-KTW wird auch beim REF-Einsatz in der Versorgungstufe 1 ohne Einsatz von Wegerecht insbesondere bei den ausgewählten Fällen eine Zeitvorgabe, innerhalb von 30 Minuten in 80 % der Fälle, angestrebt. Befindet sich die Person „in ungeschützter Umgebung“ (z. B. Patienten ohne Autonomie und Betreuung zu Hause) kann die Leitstelle zusätzlich Sonderrechte für den N-KTW oder ROWsponder anordnen.

Standort, Fahrzeug und Ausstattung

Für die erste Etablierung eines Notfallsanitäter-Responders „ROWsponder“ im Landkreis Rotenburg (Wümme) wird dieser zu Beginn mit einem Rettungseinsatzfahrzeug (REF) an der Rettungswache Zeven stationiert und mit einer Funktion von Montag bis Sonntag rund-um-die-Uhr ausgestattet. Wie in Kapitel 1.1.3 dargestellt, zeigen die Isochronenanalyse der Rettungswache Zeven sowie die zugehörigen Standortanalysen (Abbildung 11, Abbildung 12) optimale Erreichbarkeit sowohl für die Aufsuchende ambulante Versorgung bzw. Sichtung mit der Funktion eines medizinischen Wegweisers (Versorgungstufe 1) als auch für die dringlichen Responder Einsätze und die aufsuchenden Tätigkeiten im Rahmen des Vorbeugenden Rettungsdienstes und Stakeholder Managements.

Das Fahrzeug ist notfallmedizinisch vergleichbar mit einem NEF ausgestattet. Diese Ausstattung ist an die Einfachbesetzung, die Advanced Life Support (ALS)-Qualifikation sowie die Hilfeleistung gemeinsam mit zufällig anwesenden oder organisierten Ersthelfenden (z.B. automatisches Reanimationsgerät und Beatmungsgerät bzw.) angepasst. Darüber hinaus verfügt das REF über Zusatzmodule für erweiterte Ambulante Untersuchung, Behandlung, Medikation und Pflege. Für das Rettungseinsatzfahrzeug (REF) sind ein Reservefahrzeug und entsprechende redundante Ausstattung notwendig.

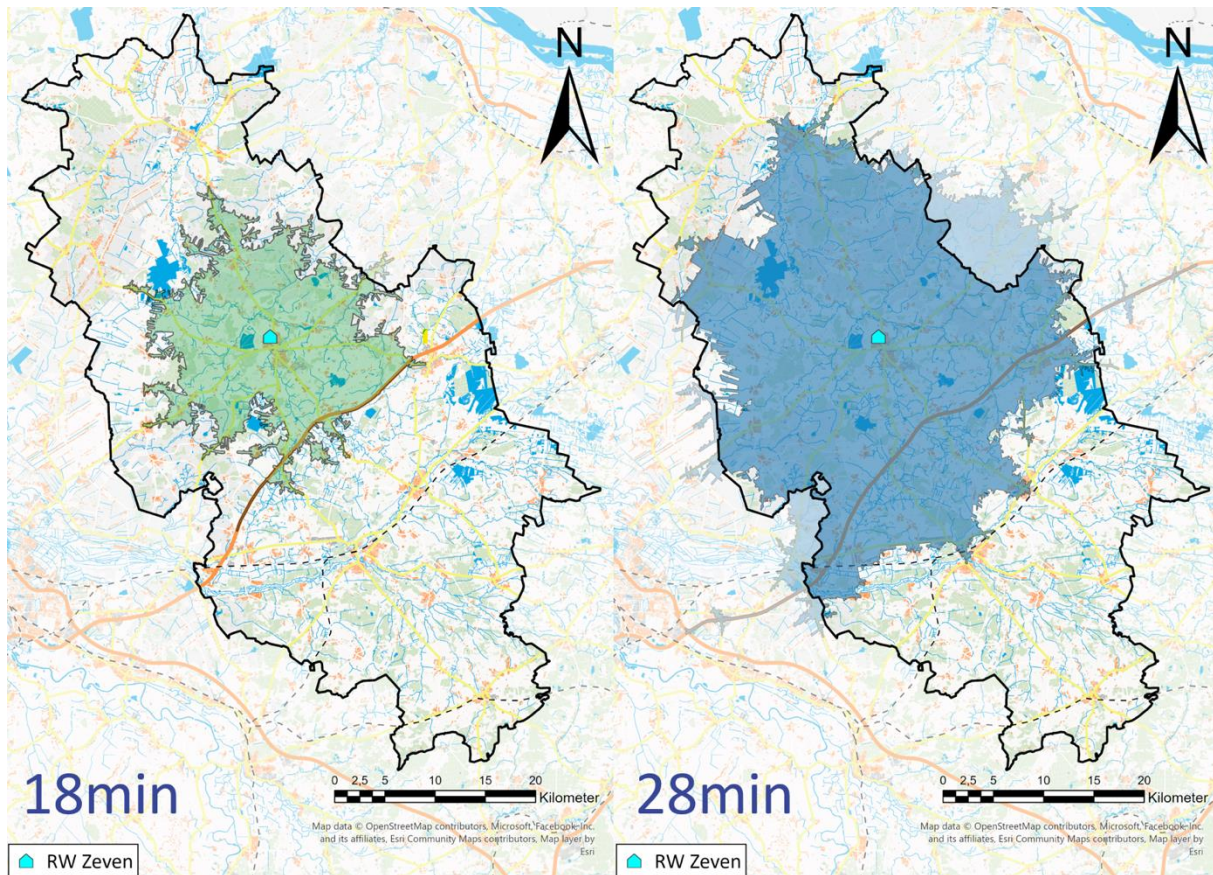


Abbildung 11: Isochronenanalyse NotSan-Responder RW Zeven

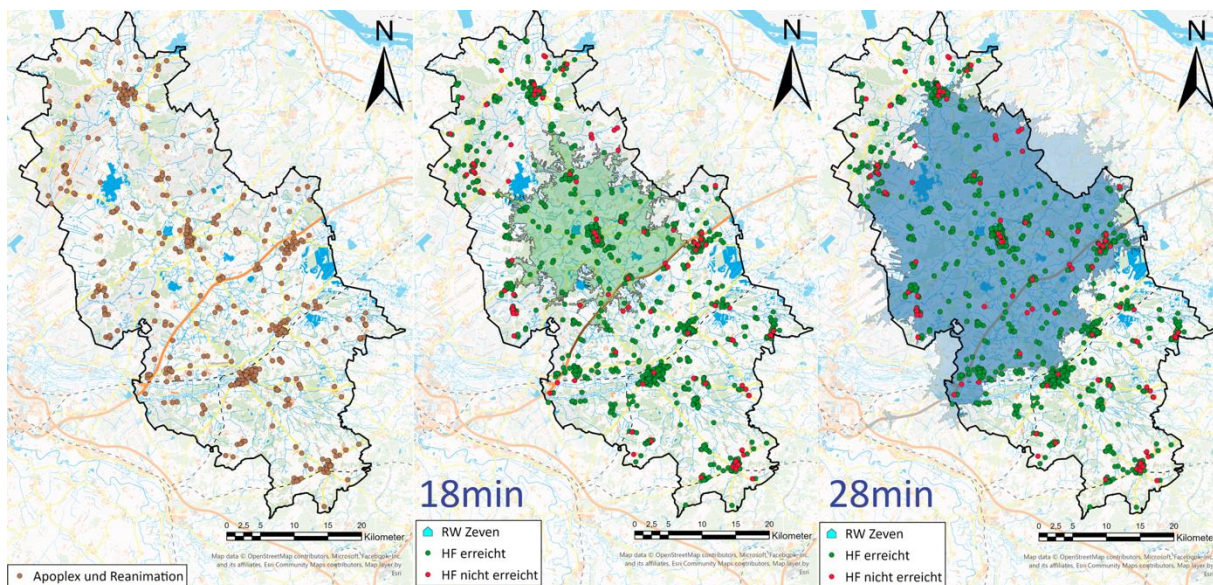


Abbildung 12: Standortanalyse NotSan-Responder Reanimation & Schalganfall + alle Tracerdiagnosen



Qualifikation

Das auf dem REF eingesetzte Personal soll über die Qualifikation Notfallsanitäter mit mehrjähriger Berufserfahrung und eine entsprechende Weiterqualifikation nach einem an den speziellen Bedarf im Landkreis Rotenburg (Wümme) angepassten Aus- und Weiterbildungs-Curriculum verfügen. Dies soll auch die aktuellen sowie künftige Kompetenz- und Qualifikations-Anforderungen in der patientenzentrierten Versorgung berücksichtigen.

Für das spezifische Einsatzportfolio des ROWsponders werden durch die Ärztliche Leitung Rettungsdienst Standardarbeitsanweisungen definiert. Der ROWsponder wird an die künftige telemedizinische Struktur angebunden, sodass eine entsprechende ärztliche Konsultation oder Beratung jederzeit im eigenen Ermessen des ROWsponders möglich ist.

Personelle Sicherstellung

Für die durchgehende Verfügbarkeit empfiehlt Lül+ die Qualifizierung einer kleinen Gruppe von ROWspondern für die REF-Besetzung mit einem Personalvolumen von 5 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Dazu gehören ein Teamleiter und ggf. eine Stellvertretung, deren Aufgabe auch die Verzahnung mit dem VRD in der Kreisverwaltung ist. Eine Absicherung der Funktionsbesetzung im Krankheitsfall ist nicht vorgesehen.

Die Stellen können auf mehrere Personen geteilt werden. Über eine anteilige Vertretung in den Regel-Rettungsdienst wären damit ca. 7-10 ROWsponder vorzusehen, sodass eine ausreichende Routine auf dem REF und den weiteren Rettungsmitteln sichergestellt wird. Die ROWsponder sollen darüber hinaus ausschließlich in der Notfallrettung und dort überwiegend auf dem NEF eingesetzt werden, um ihr Handeln fortlaufend an den aktuellen Leitlinien zur notärztlichen Versorgung zu reflektieren und auch in dieser Position als OrgL an der Seite des ersteintreffenden Notarztes verfügbar zu sein.

Für die Teamleitung und Stellvertretung sind entsprechende Erfahrungen und Qualifikationen (mittelfristig mindestens ein Bachelorabschluss) in Pflege-, Notfall- oder Gesundheits-Management bzw. Notfall- oder Berufspädagogik anzustreben.

Sowohl für die ROWsponder als auch die Teamleitung wird somit eine weitere Möglichkeit zur Personalentwicklung geschaffen, was das Berufsbild Notfallsanitäter nachhaltig stärkt.

2.1.2 STAKEHOLDER MANAGEMENT / VORBEUGENDER RETTUNGSDIENST (VRD)

Das Stakeholder Management / Vorbeugenden Rettungsdienst (VRD) wird als Organisationseinheit in die Kreisverwaltung integriert. Das Personalvolumen umfasst mindestens ein Vollzeitäquivalent (VZÄ).

Zur sachgerechten Aufgabenwahrnehmung empfiehlt Lül+ für diese Position mindestens die Qualifikation als Rettungssanitäter mit umfangreicher Berufserfahrung, idealerweise im Rettungsdienst des Landkreises Rotenburg (Wümme). Von Vorteil ist zudem eine Qualifikation im sozial-psychiatrischen Bereich, Public Health oder in der Gesundheits- und Krankenpflege. Zusätzlich wird ein Bachelor mit rettungswissenschaftlicher oder sozialwissenschaftlicher Ausrichtung (z.B. Notfall- oder Gesundheitsmanagement, Berufspädagogik) als Auswahlkriterium oder Qualifizierungsziel angestrebt. Die Stellenanteile können auf mehrere Personen aufgeteilt werden. Hier wird insbesondere der Vorteil eines interdisziplinären Teams herausgestellt.

Darüber hinaus wird das Team der ROWsponder, insbesondere deren Teamleitungen, das Stakeholder-Management im Sinne eines Außendienstes unterstützen.



2.1.3 MESSBARE ZIELE / ERFOLGSDEFINITION DER INNOVATIVEN VERSORGUNGSSYSTEME:

Die Versorgungsqualität soll durch verschiedene Innovationsmaßnahmen messbar verbessert werden. Die mobile Datenerfassung und die noch einzuführenden Standardisierten Notrufabfrage bieten hierfür die notwendige Datengrundlage. Für die jeweiligen Ausrückbereiche der einzelnen Systeme, die als Interventionsgebiete definiert sind, sowie für die Vergleichsgebiete sollen mindestens die folgenden messbaren Ziele und Erfolgsdefinitionen (Key Performance Indicators, KPI) kontinuierlich erhoben und analysiert werden:

- 1) **Reduktion der Einsatzanlässe im Rettungsdienst:** Ziel ist es, die Anzahl der Einsätze im Rettungsdienst durch präventive Maßnahmen und optimierte Notfallversorgung zu senken. Dies wird in Prozent gemessen und soll eine signifikante Reduktion aufzeigen (KPI in Prozent %).
- 2) **Reduktion der Fehlallokation von Patienten in das stationäre System:** Durch die Steigerung der Vor-Ort-Versorgungsquote sollen weniger Patienten unnötig in stationäre Einrichtungen eingewiesen werden. Dies verbessert die Effizienz und entlastet Krankenhäuser (KPI in Prozent %).
- 3) **Reduktion der Einsatzbindungszeit:** Durch Vorversorgung und die Übergabe der vor-Ort-Versorgung soll die Zeit, die Rettungsdienste an einem Einsatzort gebunden sind, reduziert werden (KPI S4-S7).
- 4) **Mittelfristige Reduktion der RM-Vorhaltung oder zumindest des RM-Aufwuchses:** Im Vergleich zu anderen Kreisen und Niedersachsen soll die Vorhaltung von Rettungsmitteln (RM) mittelfristig reduziert oder zumindest das Wachstum begrenzt werden (KPI: Steigerung in Prozent %).
- 5) **Versorgungsqualität ROWsponder:** Verbesserung der ambulanten Behandlung, z. B. Schmerzmanagement und Einsätze ohne Nachforderung (KPI: Steigerung in Prozent %).
- 6) **Versorgungsqualität ROWsponder:** Verbesserung der Reanimationsqualität (HP-CPR+Reanimations-Register) und der Versorgung bei Schlaganfällen (Stroke S4-S7-CT).
- 7) **Sinkende Fluktuationsquote im Einsatzdienst:** Reduktion der Fluktuationsquote durch erhöhte Verweildauer im Einsatzdienst (KPI: Steigerung in Prozent %).

Die Zielsetzung bei der Vernetzung aller Ansätze im Innovationsprojekt bildet die Grundlage für die nachfolgende Diskussion und Bewertung der Innovationsansätze.

2.1.4 DISKUSSION UND BEWERTUNG INNOVATIONS-ANSÄTZE

Die Evaluation und gutachterliche Begleitung sowohl der vorhandenen als auch der neuen, im Innovationsprojekt zu erprobenden Versorgungsstufen ist von zentraler Bedeutung. Es wird empfohlen, das Projekt statistisch zu begleiten und einen umfassenden Kennzahlenkatalog zu definieren, um die Fortschritte und Erfolge messbar zu machen.

Auf Grundlage der Ergebnisse der drei Innovationsworkshops und der verfügbaren Daten können die entsprechenden Strukturen im Landkreis Rotenburg sinnvoll umgesetzt werden. Es wird empfohlen, eine gestufte Notfallversorgung mit N-KTW, ROWsponder und einer Organisationseinheit für Stakeholder-Management und Vorbeugenden Rettungsdienst einzuführen. Der Landkreis Rotenburg (Wümme) als Träger des Rettungsdienstes wird hierzu mit den Kostenträgern und weiteren Stakeholdern in Dialog treten, um alle Ansätze zur patientenzentrierten Verbesserung von Versorgungsqualität und -effizienz zu implementieren. Dies soll unnötige Transporte in die Notaufnahme vermeiden, personelle und materielle Ressourcen wirtschaftlich einsetzen und die Versorgungsqualität durch eine erhöhte Verfügbarkeit der Notfallvorhaltung steigern.



Das bereits weit differenzierte Rettungsdienst-System im Landkreis bietet eine solide Grundlage für diese Maßnahmen. Durch die Verbesserung der bedarfsgerechten Notfallversorgung mittels N-KTW, die Vernetzung und die Einführung weiterer Versorgungstufen mit dem ROWsponder kann die Verfügbarkeit von RTW für Akutnotfälle weiter gesteigert werden. Dies führt zu einer erhöhten Wirtschaftlichkeit durch einen besseren Verschnitt der Ressourcen.

Die Umsetzung einer innovativen und gestuften Notfallversorgung mit N-KTW und ROWsponder sowie einem effektiven Stakeholder-Management (VRD) wird als entscheidender Schritt zur patientenzentrierten Verbesserung von Versorgungsqualität und -effizienz angesehen.



2.2 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AED	Automatisierter externer Defibrillator
ALS	Advanced Life Support
GF-RD	Gruppenführer Rettungsdienst
G-NotSan	Gemeindenotfallsanitäter
HP-CPR	High-Performance-Reanimation
INZ	Integrierte Notfallzentren
KINZ	integrierte Kindernotfallzentren
KPI	Key Performance Indicators
LARD	Landesausschuss Rettungsdienst
LNA	Leitender Notarzt
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
N-KTW	Notfall-Krankenwagen
NotSan	Notfallsanitäter
NRettDG	Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz
OrgL	Organisatorischer Leiter
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
QM	Qualitätsmanagement
ReaReg	Reanimationsregister
REF	Rettungseinsatzfahrzeug
RM	Rettungsmittel
RTW	Rettungswagen
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
T-CPR	Telefon-Reanimation
TNA	Telenotarzt
VRD	Vorbeugender Rettungsdienst
VZÄ	Vollzeitäquivalent