

Positionspapier Notwendige Änderungen für den Rettungsdienst

Inhalt

Einleitung.....	1
I) kassenärztlicher Notdienst.....	2
II) Rechtssicherheit für Disponentinnen und Disponenten der ILSn.....	2
III) Übergabe von Patienten in Krankenhäuser	3
IV) Einbindung von niedergelassenen Ärzten	5
V) vermehrte Disposition von KTW durch ILS	5
VI) Wegfall der „Beförderungspflicht“ in der Notfallrettung.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	6

Einleitung

Der bodengebundene Rettungsdienst steht zahlreichen Herausforderungen gegenüber. Viele diese Herausforderungen sind nicht durch Änderungen im bodengebundenen Rettungsdienst selbst zu bewältigen, sondern bedürfen einer Veränderung bei Dritten, um Lösungen zu ermöglichen.

Grundsätzlich stellen den Rettungsdienst Einsätze vor eine große Herausforderung, die eigentlich nicht im originären Aufgaben Bereich des Rettungsdienstes liegen, sondern durch andere Bereiche der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sichergestellt sein müssen. Es ist eine stetige Steigerung dieser Einsätze zu verzeichnen.

Im Folgenden werden wesentliche Problemstellungen aufgenommen, die Reihenfolge stellt keine Gewichtung dar.

I) kassenärztlicher Notdienst

Der Rettungsdienst muss viele Einsätze bewältigen, die eigentlich im Aufgabenbereich der hausärztlichen Versorgung (Praxis oder Hausbesuche) liegen. Außerhalb der Sprechzeiten der hausärztlichen Praxen müssen solche Hilfeersuchen eigentlich durch den ÄND abgedeckt werden. Häufig kann der ÄND die Einsätze wegen Überlastung nicht übernehmen oder entscheidet das Hilfeersuchen direkt an den Rettungsdienst zu verweisen.¹ Bürgerinnen und Bürgern ist zudem oft der Unterschied zwischen dem Rettungsdienst und den ÄND nicht bekannt. Weiter können die Bürgerinnen und Bürger häufig zunehmend entscheiden, wann der Rettungsdienst über die Notrufnummer 112 oder der ÄND über die Rufnummer 116117 zu verständigen ist.

Daher muss sichergestellt sein, dass die Hilfeersuchen der Bürgerinnen und Bürger an einer zentralen Stelle auflaufen und von dort bearbeitet werden.² Diese Aufgabe können nur die ILSn übernehmen. Die ILSn benötigt zur Aufgabenbewältigung die Dispositionshoheit über alle verfügbaren (Einsatz-) Mittel, um das Hilfeersuchen der Bürgerinnen und Bürger zu bedienen. Dies beinhaltet neben den klassischen Rettungsmitteln (RTW, NEF sowie KTW) auch den ÄND, der ebenfalls durch die ILS zu disponieren ist.

Nur so wird die ILS in die Lage versetzt, auf die an sie gerichteten Hilfeersuchen gezielt und sachgerecht zu reagieren und jeweils das adäquate Einsatzmittel zu entsenden.

Forderung:

*Abfrage und Disposition des Rettungsdienstes und des ÄND durch die ILSn.
Ausreichende Kapazitäten des ÄND sind zu schaffen.*

II) Rechtssicherheit für Disponentinnen und Disponenten der ILSn

Bürgerinnen und Bürger rufen deutlich häufiger und niederschwelliger den Rettungsdienst als dies noch vor wenigen Jahren der Fall war. Die Anzahl der RTW Einsätze ohne Notarztbeteiligung bei denen es nicht zu einem Transport des Patienten kam lag 2021 bei 26%. In den Vorjahren 2019 und 2020 lagen diese noch

bei 21,9% bzw. 24,9%.³ Um den Hilfeersuchen durch die Bürgerinnen und Bürger gerecht zu werden und sich selbst vor etwaigen rechtlichen Risiken zu schützen, entsenden die Disponentinnen und Disponenten häufig Rettungsmittel, die nicht oder nicht im entsendeten Umfang erforderlich gewesen wären. Dies betrifft sowohl die Entscheidung eines parallel alarmierten notarztbesetzten Rettungsmittel zusätzlich zu einem RTW als auch die Entsendung eines RTW, wenn ein KTW ausreichend wäre. Bisher ist es nicht gelungen die strukturierte oder standardisierte Notrufabfragesysteme selbst so weit zu ertüchtigen, dass dies zu einer Reduzierung von Einsätzen führt oder die Alarmierungen sachgerechter werden. Es erscheint daher unumgänglich einen Mechanismus zu etablieren, der es Disponentinnen und Disponenten der ILSn ermöglicht bei einem nicht angemessenen Hilfeersuchen kein Rettungsmittel zu entsenden oder primär ein niederschwelligeres Rettungsmittel (KTW) zu wählen. Vorbild hierfür könnte ein symptomorientiertes Abfragesystem sein, welches auch zunehmend in den ZNA angewandt wird (z.B. Manchester-Triage-System). Bei diesen Systemen handelt es sich um ein Abklären vital bedrohlicher Parameter. Können bei der Triage entsprechende Gefährdungen des Patienten ausgeschlossen werden (=„Risikogrenze“), werden die Patientinnen und Patienten bei dem System als „nicht bedroht“ klassifiziert und zunächst ins „Wartezimmer“ verwiesen. Im Rettungsdienst könnte bei Erreichen solcher „Risikogrenzen“ auf einen KTW umdisponiert werden.

Forderung:

Rechtssicherheit für begründete Einsatzmittelentscheidungen der Disponentinnen und Disponenten der ILS und Einsatz von symptomorientiertes Abfragesystem.

III) Übergabe von Patienten in Krankenhäuser

Der Rettungsdienst leitet bei Patienten Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden ein, stellt die Transportfähigkeit her und befördert diese unter fachgerechter Versorgung in eine für die weitere Versorgung geeignete nächstgelegene Einrichtung.⁴ In der Regel handelt es sich bei der geeigneten nächstgelegenen Einrichtung um ein Krankenhaus.

Neben der bekannten Hilfsfrist gibt es im Rettungsdienst sogenannte weitere Zeiten im Einsatzablauf.⁵ Dabei handelt sich im Wesentlichen um die Prähospitalzeit, die

aus den Teilbereichen Gesprächsannahmezeit, Erstbearbeitungszeit, Ausrückzeit, Fahrzeit, Versorgungszeit und Transportzeit besteht. Für die Gesprächsannahmezeit und die Ausrückzeit bestehen Vorgaben, die entsprechend einzuhalten sind.⁶

Eine wichtige Zeit im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung von Patienten wird aber nicht genannt. Die Übergabezeit der Patienten des Rettungsdienstes an das Krankenhaus wird von der SQR-BW zwar erhoben, aber nicht weiter bewertet. Sicherlich kann es keine patientenunabhängige Vorgabe zur Übergabezeit geben, dennoch muss eine Vorgabe zur Übernahme von Patienten durch das Krankenhaus erfolgen.

Die Vorgabe zur Übergabezeit kann je nach Patientenzustand variieren und sollte eine Vorgabe zur maximalen Dauer bis zum ersten Kontakt des/der ärztlich Verantwortlichen bzw. dem ersten Kontakt der/des pflegerisch Verantwortlichen mit dem Rettungsdienst und dem Patienten nach dem Eintreffen des Rettungsmittels im Krankenhaus beinhalten. Des Weiteren ist eine Vorgabe zur Zeitspanne, bis zum Ende der Übergabe, nach welcher Dauer der Rettungsdienst das Krankenhaus wieder verlassen kann.

Damit ist sowohl die schnelle Übernahme und weitere Versorgung von Patienten gewährleistet als auch insbesondere die schnelle Wiederverfügbarkeit des Rettungsdienstes sichergestellt.

Weiterhin ist seitens der Krankenhäuser sicherzustellen, dass der Rettungsdienst nicht zu weitere Aufgaben herangezogen wird, die dem Krankenhaus obliegen. Diese sind unter anderem Transporte innerhalb des Krankenhauses (z. B. ZNA zum Röntgen, ZNA zur Station, Überwachung bei CT-Untersuchungen).

Forderung:

Vorgabe zur Erstkontaktzeit in Krankenhäusern nach dem Eintreffen des Rettungsdienstes im Krankenhaus sowie einer maximalen Übergabedauer. Unterlassen von rettungsdienstfremden Leistungen im Zusammenhang mit Patientenaufnahme im Krankenhaus.

IV) Einbindung von niedergelassenen Ärzten

Ein Rettungstransport muss, nach derzeitiger Rechtslage, in einem Krankenhaus enden.⁷ Es sollte dem Rettungsdienst zusätzlich ermöglicht werden, Rettungseinsätze auch durch einen Patiententransport in einer Arztpraxis zu beenden. Hierdurch könnten unnötige Belastungen von ZNA und stationäre Aufnahmen vermieden werden und Patientinnen und Patienten häufig Ärzten:innen, die mit der Krankengeschichte vertraut sind, zur Weiterbehandlung vorgestellt werden.

Forderung:

Der Rettungsdienst kann Patienten, außer in ein Krankenhaus, auch in geeignete Einrichtungen niedergelassener Ärzte:innen transportieren.

V) vermehrte Disposition von KTW durch ILS

KTW sind in die Notfallversorgung einzubinden. Etliche Notfälle bedürfen zu ihrer Abarbeitung nicht des Fachpersonals (NotSan), der räumlichen Größe oder medizinisch-technischer Ausstattung eines RTW. Vielmehr ist die schnelle Zubringung von Rettungsdienstpersonal (RettSan) bzw. der zügige Transport in ein Krankenhaus ausreichend. Bagatelltraumata, die nicht lebensbedrohlich sind, wie Sturz aus niedriger Höhe, einfachere Sport- und Arbeitsunfälle, können auch durch RettSan und die einfacheren Ausstattungsmerkmale eines KTW erstversorgt und zur Weiterbehandlung transportiert werden.⁸

Dies hätte auch den Nebeneffekt, dass das KTW-Personal regelmäßiger mit Notfällen konfrontiert werden würde und somit bei größeren Schadensereignissen (MANV) deutlich mehr Erfahrung einbringen würde.

Forderung:

Disposition von KTW zu Einsätzen, die nicht dem Fachpersonals (NotSan), der räumlichen Größe oder medizinisch-technischer Ausstattung eines RTW bedürfen.

VI) Wegfall der „Beförderungspflicht“ in der Notfallrettung

Derzeit ist es einer RTW-Besatzung (NotSan) nicht möglich, den Transportwunsch einer hilfeschendenden Person, ohne erhebliches rechtliches Risiko abzulehnen. Hierdurch entstehen viele nicht indizierte Transporte in Krankenhäuser, die nicht erforderlich gewesen wären. Sollte die vor Ort beim Hilfeersuchenden eintreffende RTW-Besatzung nach einem anerkannten Abfrageschema (z.B. MTS) zu dem zu dokumentierenden Entschluss gelangen, dass in diesem Fall ein Transport mittels RTW nicht indiziert ist, muss sie auf ein niederschwelliges Einsatzmittel (z.B. KTW) oder den Hausarzt/ ÄND verweisen dürfen. Die Transporte von hilfeschendenden Personen, ausschließlich zur Vermeidung von rechtlichen Risiken für die verantwortlichen NotSan müssen zukünftig vermieden werden.

Forderung:

Die Entscheidung, ob ein Patiententransport erforderlich ist oder nicht, erfolgt durch den NotSan auf Basis eines anerkannten Abfrageschemas. Die Evaluation dessen wird auf Basis zu schaffender Scores durch die SQR-BW durchgeführt.

Abkürzungsverzeichnis

ÄND	kassenärztlicher Notdienst
bzw.	beziehungsweise
CT	Computertomographie
ILS	Integrierte Leitstelle
KTW	Krankentransportwagen
MANV	Massenanfall von Verletzten
MTS	Manchester-Triage-System
NA	Notärzte:innen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NotSan	Notfallsanitäter:innen
Rettsan	Rettungssanitäter:innen
RTH	Rettungstransporthubschrauber
RTW	Rettungswagen

SQR-BW Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst
 Baden-Württemberg
z.B. zum Beispiel
ZNA Zentrale Notaufnahme

Inhaltlich verantwortlich

Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg e.V.
Bockelstraße 146, 70619 Stuttgart ● www.asb-bw.de
☎ 0711 44013-210 ● ✉ rd@asb-bw.de

Autoren:

Christoph Nießner MHBA	● Daniel Groß, Dipl. Betriebswirt (FH)
Landesarzt & Leitender Notarzt FA Anästhesiologie	Stv. Landesgeschäftsführer & Notfallsanitäter
FA Transfusionsmedizin	● Christian Tischler, Referent Rettungsdienst & Notfallsanitäter

¹ <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/probleme-beim-aerztlichen-notruf-116117-100.html>

² Prof. Dr. Thomas Krafft, Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, "Zukunft des Rettungsdienstes - eine europäische Perspektive" Fachsymposium zur „Zukunft des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg“ am Freitag, 2. März 2018

³ Qualitätsbericht 2021, SQR-BW, S. 41, Tab. 10

⁴ Rettungsdienstplan Baden-Württemberg 2022, § 3 Abs. 3, Ziff. 1 und SGB V § 60

⁵ Rettungsdienstplan Baden-Württemberg 2022, § 7 Abs. 1

⁶ Rettungsdienstplan Baden-Württemberg 2022, § 7 Abs. 2

⁷ SGB V § 60 Abs. 2 Ziff. 2

⁸ Rettungsdienstplan Baden-Württemberg 2022, § 3 Abs. 3 Ziff. 2