

Lisa Bold (M.Sc.)
Brandreferendarin
Landesfeuerwehr- und Katastrophenschutzschule Sachsen

Bagatelleinsätze im Rettungsdienst – Entwicklung von Lösungsansätzen

Facharbeit gemäß § 21 VAP2.2-Feu NRW

Köln, den 15.12.2022

Aufgabenstellung

Die Aufgabenstellung für die Facharbeit, die als Prüfungsleitung im Rahmen der Ausbildung der Laufbahngruppe 2.2. des feuerwehrtechnischen Dienstes gefordert wird, wurde seitens des Instituts der Feuerwehr NRW (IdF NRW) festgelegt und lautet:

„Bagatelleinsätze im Rettungsdienst - Der öffentliche Rettungsdienst wird immer häufiger zu Bagatelleinsätzen alarmiert, die nicht in dessen originäre Zuständigkeit fallen. Diskutieren Sie diese Problematik und zeigen Sie konkrete Lösungsmöglichkeiten auf.“

Die Facharbeit soll einen Überblick über das facettenreiche Ursachenbild von Bagatelleinsätzen im Rettungsdienst geben und die damit verbundenen vielfältigen Lösungsansätze diskutieren. Hierzu sollen im Einzelnen folgende Leitfragen beantwortet werden:

- Wie sind die Zuständigkeiten in der Notfallversorgung geregelt?
- Wie ist der Begriff Bagatelleinsatz im Rettungsdienst definiert?
- Welche Ursachen lösen Bagatelleinsätze aus?
- Welche Anpassungen sind notwendig, um die durch Bagatelleinsätze ausgelöste Belastung des Rettungsdienstes zu reduzieren?

Grundlegend wird hier der Aufgabenbereich der Notfallversorgung betrachtet. Die Verzahnungen zu einzelnen Teilbereichen des Gesundheitssystems werden diskutiert und in die Lösungsansätze aufgenommen. Weitergehende Fragestellungen zur Novelierung des medizinischen Systems sind nicht Bestandteil der Facharbeit.

Hinweis:

Auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers wird im Folgenden aufgrund der besseren Lesbarkeit verzichtet. Das generische Maskulin wird verwendet und gilt für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VI
1 Einleitung.....	1
2 Methodik	2
3 Definitionen	3
3.1 Notfalleinsatz.....	3
3.2 Bagatelleinsätze.....	3
4 Zuständigkeiten des Notfallsystems in Deutschland	4
4.1 Ambulante Behandlung.....	4
4.2 Rettungsdienst	5
4.2.1 Entwicklung der Einsatzzahlen von Bagatelleinsätzen	5
4.3 Notaufnahme im Krankenhaus.....	6
5 Ursachenforschung von Bagatelleinsätzen	7
5.1 Faktor Bevölkerung	7
5.2 Faktor Leitstelle	8
5.3 Faktor medizinisches System	9
5.3.1 Ressourcenmangel	9
5.3.2 Popularität	10
6 Lösungsansätze	11
6.1 Bevölkerungsmentalität.....	11
6.2 Leitstellen	12
6.3 Sektorenerweiterung im präklinischen System	13
6.3.1 Mobile ärztliche Sprechstunde	13
6.3.2 Transportkapazitäten	14
6.3.3 Sichter	14
6.3.4 Ersthelfer	16
6.4 Erhalt und Verknüpfung der Sektoren.....	17
7 Fazit.....	18
Literaturverzeichnis	VII
Anhang	XI
Anlage A Anzahl der Einsätze des Rettungsdienstes von 2000 bis 2019	XI
Anlage B Einstufungen nach dem GVS der Stadt Köln	XII
Anlage C Verteilung der GVS-Abschlussstichworte im Jahr 2021	XIII

Anlage D	Anruferzahlen der zentralen Rufnummer 116 117 von 2019 - 2021	XIV
Anlage E	Vorgaben zur rettungsdienstrelevanten Hilfsfristen in Deutschland.....	XV
Anlage F	Plakatmotiv der Notfallrettung der Berliner Notrufkampagne	XVI
Eidesstattliche Erklärung		XVII

Abkürzungsverzeichnis

AGBF Bund	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
G-NFS	Gemeindenotfallsanitäter
GVS	Gestuftes Versorgungssystem
IdF	Institut der Feuerwehr
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
N-KTW	Notfall-Krankentransportwagen
NACA	National Advisory Committee for Aeronautics
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NotSan Erkunder	Notfallsanitäter-Erkunder
RettG NRW	Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer
RTW	Rettungstransportwagen
StVO	Straßenverkehrs-Ordnung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Meilensteinplanung	2
Abbildung 2	Entscheidungskaskade Notfallversorgung	7
Abbildung 3	Übersicht Ursache & Lösungen von Bagatelleinsätzen	18
Abbildung 4	Anzahl der Einsätze des Rettungsdienstes der Feuerwehr in Deutschland von 2000 bis 2019 nach Art des Einsatzes	XI
Abbildung 5	Gestuftes Versorgungssystem der Stadt Köln	XII
Abbildung 6	Anteilige Verteilung der GVS-Abschlussstichworte im Jahr 2021 ...	XIII
Abbildung 7	Anruferzahlen zentrale Rufnummer 116117 von 2019 bis 2021	XIV
Abbildung 8	Plakatmotiv der Notfallrettung der Berliner Notrufkampagne	XVI

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Vorgaben zu rettungsdienstrelevanten Hilfsfristen in Deutschland....	XV
-----------	--	----

1 Einleitung

Bei medizinischen Problemen ruft man den Krankenwagen! Diese und ähnliche Verallgemeinerungen sind der in der Bevölkerung verbreitet und tragen zu einer Häufung von nicht indizierten Rettungsdiensteinsätzen bei.

Die Suche nach dem richtigen Adressaten eines Hilfeersuchens wird erschwert durch fehlende eindeutige Zuständigkeiten, unübersichtlichen Strukturen des Gesundheitssystems und fehlendes medizinisches Basiswissen. Auch für ausgebildete Leitstellen-disponenten ist das Erstellen einer treffsicheren Diagnose unter den vorgegebenen rechtlichen und einsatztaktischen Rahmenbedingungen problematisch. Verschärft wird diese Problematik durch fehlende Ausbildungsinhalte der Disponenten. Im Zweifelsfall wird bei unklaren Einsatzlagen oftmals ein Rettungstransportwagen (RTW) zur Abklärung entsendet. Diese oftmals sehr niederschwellige Inanspruchnahme des Rettungsdienstes führt zu einer Steigerung der Einsatzzahlen. Zusätzlich werden die Einsatzzahlen durch den demografischen Wandel, die generelle Überlastung des medizinischen Systems, fehlende alternative Angebote und einen gestiegenen Versorgungsanspruch der Bevölkerung erhöht.

Diese zunehmende Auslastung des Rettungsdienstes steht im direkten Konflikt zu dem zeitkritischen Hilfebedarf von Notfallpatienten. Hier stellt sich die Frage nach Kompensationsmaßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächen-deckenrettungsdienstlichen Versorgung. Ein weiterer Ausbau von rettungsdienstlichen Ressourcen ist durch personelle und infrastrukturelle Komponenten limitiert. Resultat der Einsatzsteigerungen und den nicht parallel anwachsenden Strukturen sind Wartezeiten bei der Notrufannahme sowie eine Verschlechterung des Erreichungsgrades der Hilfsfrist. Zahlreichen Auswertungen im Rahmen der Brandschutzbedarfspla-nung ergeben ein Nichterreichen der vorgeschriebenen Eintreffzeiten.

Die vorliegende Facharbeit diskutiert über Zuständigkeitsgrenzen hinweg verschie-dene Lösungsansätze zur Begegnung von Bagatelleinsätzen im Rettungsdienst. Ziel ist hier eine Reduzierung der niederschweligen Einsätze durch Abschichtung der Auf-gaben und Aufklärung der Bevölkerung, eine Verkürzung der Einsatzzeit von Ret-tungsmitteln, um eine frühzeitige Wieder-Verfügbarkeit herzustellen, sowie Sektoren-erweiterungen im Gesundheitssystem, um einer Verlängerung der Hilfsfrist entgegen-zuwirken.

2 Methodik

Zur Strukturierung des zeitlichen Ablaufs der Facharbeit wurde ein Meilensteinplan erstellt, der die Bearbeitung in vier Hauptabschnitte gliedert, die in Abbildung 1 dargestellt sind:



Abbildung 1 *Meilensteinplanung*
Quelle *eigene Darstellung*

Die Aufgabenstellung wurde gemäß § 21 VAP 2.2-Feu NRW vom IdF vorgegeben. Im Rahmen von diversen Gesprächen sowie einer ausgiebigen Literaturrecherche wurde das Thema weiter interpretiert. Im Rahmen der Einarbeitung wurden die Leitfragen festgelegt und ein Rahmenkonzept entworfen.

Als Datengrundlage wurden exemplarisch Einsatzzahlen des Rettungsdienstes der Stadt Köln und der Freien Hansestadt Bremen analysiert. Dabei bieten nur die Einsatzdaten der Stadt Köln die Möglichkeit, Alarmstichwort und Abschlussstichwort abzugleichen.

Es wurden Experteninterviews unter anderem mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) der Stadt Köln Herrn Prof. Dr. Dr. Lechleuthner, dem Vorsitzendes des Arbeitskreises Rettungsdienst der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland (AGBF Bund) Herrn Dr. Schmidt, dem Juristen Prof. Dr. Fehn und der Leiterin des Forschungsprojektes „Gemeindenotfallsanitäter“ Frau Dr. Seeger geführt.

3 Definitionen

Zum einheitlichen Verständnis der Thematik werden nachfolgend Fachbegriffe definiert, die für die Ausrichtung der Facharbeit entscheidend sind.

3.1 Notfalleinsatz

Ein Notfall ist ein Ereignis, das unverzüglich Maßnahmen der Notfallrettung erfordert [1].

Notfalleinsätze sind somit gemäß § 2 Abs. 2 S. 3 Rettungsdienstgesetz NRW (RettG NRW) zeitkritische Einsätze, bei denen für die Patienten infolge von Verletzungen, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder Lebensgefahr besteht oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten. Geeignete Beförderungsmittel sind gemäß § 2 Abs. 2 RettG NRW Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) und RTW.

In den meisten Gebietskörperschaften werden aufgrund der relativ unspezifischen Notfalldefinition alle Hilfeersuche, die über den Notruf 112 eingehen und mit Rettungsmitteln bedient werden, als „Notfall“ bezeichnet. [2]

3.2 Bagatelleinsätze

Der Duden definiert die Bagatelle als eine unbedeutende, geringfügige Angelegenheit oder eine Kleinigkeit. [3]

Der Begriff „Bagatelleinsätze“ wurde im Sprachgebrauch geprägt, um abwertende Bezeichnungen von niederschwelligen Ereignissen im Rettungsdienst zu vermeiden. Eine festgeschriebene rechtliche oder einsatztaktische Definition hierzu existiert nicht. [4] [5]

Im Rahmen dieser Facharbeit wird der Begriff „Bagatelleinsätze im Rettungsdienst“ für niederschwellige Einsätze beziehungsweise Einsätze, die nicht indiziert sind, verwendet. Beispielweise sind dies Einsätze, für die die Zuständigkeit bei anderen Strukturen liegt, wie der grippale Infekt oder eine kleine Schnittwunde, oder Einsätze, bei denen ein Rettungsmittel mit einer höheren Qualifikation entsendet wird als erforderlich. Ein medizinischer Auslösefaktor ist nicht vorhanden oder nur in so einem geringen Maß, dass er keine unmittelbare Gefahr für Leib und Gesundheit darstellt.

4 Zuständigkeiten des Notfallsystems in Deutschland

Das Notfallsystem ist in Deutschland in die folgenden drei Säulen gegliedert:

- ambulante Versorgung und Gesundheitsprävention durch niedergelassene Ärzte und den ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Rettungsdienst
- Notaufnahme im Krankenhaus [6]

Diese drei Sektoren sind nicht eindeutig voneinander abgrenzbar. Beispielsweise sei hier der Patient mit einem rostigen Nagel im Fuß zu nennen. Auf den ersten Blick liegt hier die Zuständigkeit bei den niedergelassenen Ärzten, die ihn ambulant behandeln würden. Würde dieser Patient jedoch einen Hilferuf über den Notruf 112 stellen, so ist davon auszugehen, dass er mit einem RTW in ein Krankenhaus transportiert werden würde, da der Disponent bei der Notrufannahme eine mögliche Sepsis nicht ausschließen kann.

Die verschiedenen Zuständigkeiten der Aufgaben und Finanzierungen der einzelnen Säulen erschweren eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit und sorgen an Schnittstellen für Doppelstrukturen. Ein übergeordnetes Managementsystem mit Steuerungselementen ist nicht vorhanden. [6]

Das Gesundheitssystem wird durch weitere Teilbereiche ergänzt, wie zum Beispiel dem Bereich der Pflege, der Sozialarbeit und der Palliativmedizin, die direkten Einfluss auf die Notfallversorgung haben.

4.1 Ambulante Behandlung

Für die ambulante Versorgung ist die kassenärztliche Vereinigung (KV) auf Landesebene zuständig. Für die Grundversorgung von nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen sind die niedergelassenen Ärzte verantwortlich. Grundsätzlich sind Hausbesuche möglich, werden jedoch immer seltener angeboten. [6]

Außerhalb der Öffnungszeiten, also am Wochenende, an Feiertagen und nachts, wird die Zuständigkeit vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 75 Abs.1 SGB V übernommen. Über die bundeseinheitliche Rufnummer 116 117 wird hausärztliche Hilfe vermittelt und es werden Notdienstpraxen betrieben.

4.2 Rettungsdienst

Ergänzend zur ambulanten Versorgung wird der Rettungsdienst für Notfallpatienten (siehe hierzu Abschnitt 3.1) vorgehalten. Er ist für lebensrettende Sofortmaßnahmen sowie den qualifizierten Transport zuständig. Neben dem bodengebundenen Rettungsdienst ist auch die Luftrettung Bestandteil der präklinischen Notfallversorgung. Hier liegt die Zuständigkeit auf Landesebene gemäß Art. 70 Abs.1 Grundgesetz (GG). Somit werden die Rettungsdienstgesetze in der Landeskompétenz entwickelt. Die Ausgestaltung des Rettungsdienstes wird auf kommunaler Ebene durchgeführt. Über die bundesweit einheitliche Notrufnummer 112 vermitteln die Disponenten der Leitstellen entsprechende Soforthilfe und entsenden Rettungsmittel zum Einsatzort.

Auf Grund des föderalen Systems sind die rettungsdienstlichen Strukturen abhängig von den Landesgesetzen. Im Kern gibt es immer einen zeitunkritischen Transport für Patienten, die sonstige medizinische Belange haben, und zeitkritische Sofortmaßnahmen für Notfallpatienten. Exemplarisch sei hier das Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer in Nordrhein-Westfalen (RettG NRW) genannt. Das Gesetz gilt gemäß § 1 RettG NRW für die Notfallrettung, den Krankentransport und die Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker bei außergewöhnlichen Schadensereignissen. Das Gesetz unterscheidet zwischen Notfalleinsätzen, die einen RTW-Einsatz erfordern, und sonstigen medizinischen Belangen, für die der Krankentransportwagen (KTW) zuständig ist. Bei Einsätzen, bei denen höchste Eile geboten ist, dürfen gemäß § 35 und 38 der Straßenverkehrs-Ordnung (StVO) Sonderrechte sowie blaues Blinklicht verwendet werden.

Im Jahr 2020 wurde das Sozialgesetzbuch reformiert. Mit der Reformierung wurde ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für KTW-Fahrten eingeführt. Resultat ist, dass der KTW als Werkzeug für den Disponenten schlussendlich wegfällt, da die Refinanzierung für zeitdringliche Einsätze erschwert wurde. Hinzu kommt, dass besonders in großen Städten die Rettungsdiensträger den Bereich des KTW per Genehmigung ausgelagert haben und so die Leitstelle keinen direkten Einfluss auf die Disposition mehr hat.

4.2.1 Entwicklung der Einsatzzahlen von Bagatelleinsätzen

Die Bundesagentur für Arbeit wertet, wie in Anlage A dargestellt, jährlich die Einsatzzahlen im Rettungsdienst aus. Erkennbar ist hier ein positiver Trend der RTW-Einsätze. Der Werte der vergangenen zwei Jahre sind stark durch die Corona-Pandemie beeinflusst, so dass diese in der Auswertung kritisch zu betrachten sind.

Auf Grund der fehlenden einheitlichen Definition von Bagatelleinsätzen gibt es bisher auch kaum Datenerhebungen in diesem Bereich. Der publizierte NACA-Score (National Advisory Committee for Aeronautics) im DIVI-Protokoll (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) bietet aufgrund von fehlenden

Einsatzmittelzuordnungen ebenfalls keine Auswertemöglichkeiten für Bagatelleinsätze. Allein die Stadt Köln betreibt die Auswertung mittels eines siebenstufigen Versorgungssystems (GVS), wie in Anlage B dargestellt. Einflussnehmende Faktoren sind hier die medizinische Dringlichkeit, das erforderliche Zeitfenster und die Örtlichkeit des Einsatzes. Dieses Klassifizierungssystem dokumentiert neben dem Eröffnungsstichwort, welches durch den Disponenten in der Leitstelle festgelegt wurde, ein Abschlussstichwort der Rettungsdienstbesatzung.

Die Einsatzzahlen im Rettungsdienst steigen in der Stadt Köln jährlich um rund 4,5%, ohne einen parallelen Anstieg von Notfallpatienten verzeichnen zu können [2]. Im Jahr 2021 gab es in der Stadt Köln 96.973 Rettungsdiensteinsätze, die anhand des GVS klassifiziert wurden. Hiervon vielen 14,6% in GVS 1, 26,4% in GVS 2 und 18,2% in GVS 3, wie in Anlage C dargestellt. Dies entspricht in der Summe knapp 60% der Einsätze, die nicht akut lebensbedrohlich und somit nicht zeitkritisch waren. Die Verteilung der GVS-Klassen sei über die Jahre relativ konstant. [7]

Auch in Bremen sind in den Jahren 2019 und 2020 rund 20,04% der Einsätze nicht in die Klinik transportiert worden. Dies ist ein Indikator dafür, dass es sich um kein Notfallereignis gehandelt hat. [8]

4.3 Notaufnahme im Krankenhaus

Aus dem Sozialstaatsprinzip gemäß Art. 20 GG leitet sich die Zuständigkeit des Staates für die stationäre Versorgung ab. Auf Grund dieser Zuordnung sind staatliche Regulierungen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems zu finden. So plant der Staat das medizinische Versorgungsnetz und führt eine Versicherungspflicht für alle Bürger ein. Die akutstationäre Versorgung erfolgt in Krankenhäusern. Die Planung der stationären Versorgung obliegt den Ländern. Der Betrieb der Krankenhäuser kann sowohl von öffentlichen als auch von privaten Trägern erfolgen. [6]

In den Notaufnahmen werden Patienten des Rettungsdienstes weiterversorgt und bilden eine direkte Anlaufstelle für Patienten. Eine spätere stationäre Aufnahme steht dabei im Fokus. Notfälle können in Notaufnahmen auch ambulant behandelt werden. Obwohl die KV den eigentlichen Sicherstellungsauftrag für ambulante Behandlungen hat, besteht in Notfällen freie Arztwahl gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Eine Auswertung des statistischen Bundesamtes hat ergeben, dass die Krankenhausdichte seit Anfang der 1990er Jahre rückläufig ist. [6]

5 Ursachenforschung von Bagatelleinsätzen

Neben Entstehungsmerkmalen von Bagatelleinsätzen in den Strukturen des Gesundheitssystems sind diese in der Entscheidungskaskade der Notfallversorgung, wie in Abbildung 2 dargestellt, verankert.



Abbildung 2 *Entscheidungskaskade Notfallversorgung*

Quelle *eigene Darstellung*

5.1 Faktor Bevölkerung

Der demografische Wandel bringt eine Veränderung der Morbidität mit, die die Strukturen der Akutversorgung zunehmend auslastet. Die entsprechenden Einsätze sind nicht zwingend Bagatelleinsätze, führen jedoch grundsätzlich zu einer Belastung des Systems, die kompensiert werden muss. Eine bayrische Studie zeigt, dass zwischen 2004 und 2011 knapp ein Viertel der jährlichen Steigerungsrate auf Faktoren des demografischen Wandels zurückzuführen sind [9].

Besonders in Großstädten ist eine zunehmende Anonymität festzustellen. Dies führt hauptsächlich bei der älteren Bevölkerung zu Vereinsamung und einer Häufung von Rettungsdiensteinsätzen mit sozialen Einsatzindikatoren. [10]

Bedingt durch die Möglichkeit des uneingeschränkten Konsums über das Internet oder Telefon hat sich in der Bevölkerung ein erhöhtes Anspruchsdenken entwickelt. Es wird davon ausgegangen, dass auch medizinische Leistung immer, bequem und zeitnah zur Verfügung stehen. Diese Fehlanreize führen zu einer schnelleren Nutzung des Notrufes. [4]

Parallel ist ein Rückgang der Selbsthilfefähigkeit zu verzeichnen. In der Regel wird der Bürger im Rahmen der Führerscheinprüfung medizinisch geschult. Anschließende Weiterbildungen fehlen.

Eine Studie der Berliner Feuerwehr zum Notrufverhalten der Berliner Bevölkerung zeigt, dass 89% der 1.002 Befragten den Notruf 112 nur bei lebensbedrohlichen Situationen wählen würden. Männer, ältere Menschen und Bürger mit einem niedrigeren Bildungsstand gaben jedoch häufiger an, dass sie den Notruf auch für nicht lebensbedrohliche Situationen in Anspruch nehmen würden. Resultat der Studie ist, dass der

Notruf bei nicht lebensbedrohlichen Situationen oft aus Mangel an Alternativen gewählt wird. [11]

5.2 Faktor Leitstelle

Die Leitstelle ist die zentrale Entscheidungseinrichtung in der Kaskade der Notfallversorgung und stellt somit ein wesentliches Element bei der Entstehung von Bagatelleinsätzen dar.

Der Disponent muss sich durch die wenigen, telefonisch übermittelten Angaben des Anrufers ein umfassendes Bild des Ereignisses machen. Neben sprachlichen Barrieren ist die vorgegebene Zeit der Disposition ein limitierender Faktor. Auch die psychische Ausnahmesituation, in der sich der Anrufer befindet, beeinflusst die Informationsgewinnung zusätzlich. Auf Grundlage der gewonnenen Informationen muss der Disponent im Rahmen seines Beurteilungs- und Ermessensspielraums eine Entscheidung treffen, für die er rechtlich verantwortlich ist.

Basierend auf der Empfehlung der (AGBF) zur Dispositionszeit bei Brandereignissen von 1,5 Minuten [12] wird auch die Hilfsfrist im Bereich Rettungsdienst festgelegt. Ein Überblick der Hilfsfristen im Rettungsdienst in den einzelnen Bundesländern zeigt, wie in Anlage E dargestellt, wie different die entsprechende Zeitangabe und die beinhalteten Arbeitsschritte sind. Oftmals findet man in den jeweiligen Rettungsdienstgesetzen keine Festlegung zur Hilfsfrist. Unter Zuhilfenahme von Erlassen, Verfügungen und Jahresberichten ergeben sichrettungsdienstliche Hilfsfristen zwischen acht und 15 Minuten. In neun von 16 Bundesländern beginnt die Hilfsfrist erst nach der Disposition in der Leitstelle. Trotzdem wird oft auch im Bereich der Notfallrettung eine Dispositionszeit von 1,5 bis zwei Minuten gefordert.

Stellt man diesen Zeitansatz der Dauer einer ordentlichen ärztlichen Anamnese, zum Beispiel durch den Hausarzt, gegenüber, wird schnell ersichtlich, dass hier nur ein kurzer, oberflächlicher Überblick geschaffen werden kann und keine Zeit besteht, weitergehende medizinische Schwerpunkte zu berücksichtigen.

Die Ausbildung von Leitstellendisponenten basiert größtenteils auf Fachwissen in den Bereichen der Notfallmedizin und dem Brandschutz sowie technischen Schulungen. Bei der Notrufannahme werden vermehrt Soft Skills wie Kommunikationsfähigkeit und Empathie benötigt. Hierzu fehlen häufig entsprechende Schulungen.

Kommt der Disponent zu der Entscheidung, dass der Einsatz nicht in die Zuständigkeit des Rettungsdienstes fällt, ist eine direkte Weiterleitung in das entsprechende System meist nicht möglich. Es fehlt an festgeschriebenen Prozessen sowie notwendigen Schnittstellen zwischen den Systemen.

Der durch kurze Dispositionenzeit, fehlende Ausbildung und mangelnde Informationen erschweren Disponierung steht die rechtliche Verantwortung des Disponenten gegenüber. Entscheidet sich der Disponent dafür, den Einsatz gar nicht oder niederschwellig zu bedienen, obwohl ex ante erkennbar ist, dass der Einsatz der Notfallrettung erforderlich ist, haftet der Disponent strafrechtlich. Zivilrechtlich haftet immer der Träger des Rettungsdienstes gemäß § 839 BGB. Regresse sind hier vorbehalten. [5]

Die tatsächliche oder nur empfundene Rechtsunsicherheit für die Disponenten bei Nichtentsenden einer Ressource erhöht die Alarmierungszahlen für die ohnehin schon knappen Ressourcen RTW und NEF. [13]

5.3 Faktor medizinisches System

Das medizinische System ist breit gefächert und unterliegt zahlreichen Einflussfaktoren. Wie unter Abschnitt 4 beschrieben ist die Abgrenzung der einzelnen Teilbereiche nicht klar geregelt.

5.3.1 Ressourcenmangel

Der Ressourcenmangel in allen Bereichen des Gesundheitssystems führt unweigerlich zu einem Aufgabenzuwachs der immer verfügbaren Struktur des Rettungsdienstes mit Aufgaben, die nicht in dessen originäre Zuständigkeit gehören. Auch die zielgerichtete Weiterleitung von Patienten wird hierdurch behindert. Hier fehlen häufig notwendige Rufbereitschaften, wie zum Beispiel der Pflegenotruf. So entstehen Einsatzbilder mit pflegerischer Indikation, wie der Wechsel eines Dauerkatheters.

Wie unter Abschnitt 5.1 beschrieben ist eine Vereinsamung der Bevölkerung festzustellen. Soziale Dienste, die diesem Defizit entgegenwirken, stehen nur sehr eingeschränkt zur Verfügung und verfügen in der Regel über keine Rufbereitschaft.

Die Abnahme der Hausarztdichte führt besonders im ländlichen Raum zu einem Mangel an medizinischer Grundversorgung. Laut einer Reportage des ZDF sind ein Drittel der derzeit rund 55.000 Hausärzte über 60 Jahre und gehen in den nächsten Jahren in Ruhestand. [14] Diese Problematik wird durch den demografischen Wandel weiter verschärft. Auswertungen zeigen, dass die jährliche Einsatzsteigerung im ländlichen Raum knapp 8% höher lag als in städtischen Bereichen [6].

Der ärztliche Bereitschaftsdienst wurde neu strukturiert. Im Rahmen dieser Neuorganisation entstanden größere Einsatzgebiete und damit verbunden längeren Wartezeiten für die betroffenen Patienten [6]. Dies kollidiert zunehmend mit der parallel kontinuierlichen Steigerung der Anrufszahlen der kassenärztlichen Hotline 116 117, wie in

Anlage D dargestellt. Die enorme Erhöhung im Jahr 2021 ist auf Zusatzaufgaben im Rahmen der Corona-Pandemie zurückzuführen.

Die Spezialisierung und Ausdünnung der Kliniken führt zu einer reduzierten Verfügbarkeit für die Bevölkerung und zu einer längeren Einsatzbindung von Rettungsmitteln. Zusätzlich werden hier Verlegungsfahrten erzeugt, die ebenfalls den Rettungsdienst belasten. [10]

5.3.2 Popularität

Neben der Auslastung der medizinischen Strukturen stellt ein weiteres Problem die Unbekanntheit von alternativen Rufnummern zum Notruf 112 und deren Zuständigkeiten dar.

Dies spiegelt die Erhebung der kassenärztliche Bundvereinigung zum Bekanntheitsgrad der Bereitschaftsdienstnummer 116 117 zwischen 2013 und 2021 wider. Hier ist ein durchweg positiver Trend ersichtlich, jedoch kennen auch 2021 lediglich 32% der Befragten die Rufnummer und die entsprechende Zuständigkeit. [15]

6 Lösungsansätze

Zur Sicherstellung der flächendeckenden, bedarfsgerechten und rettungsdienstlichen Notfallversorgung reicht der Ausbau der rettungsdienstlichen Kapazitäten allein nicht aus, da dieser durch Personalressourcen, Bauplätze für Rettungswachen, Material- und finanzielle Ressourcen limitiert ist.

Es bedarf neben der Reduzierung von Bagatelleinsätzen, zum Beispiel durch Wissenstransfer, Aufklärung und Aufgabenabschichtung weiterer Maßnahmen, um die nicht ausschließbaren Bagatelleinsätze abpuffern zu können.

Bagatelleinsätze binden Rettungsmittel im erheblichen Maße. Daher sind Lösungsansätze zu entwickeln, die die Einsatzzeit verkürzen oder den Erreichungsgrad der Hilfsfrist positiv beeinflussen.

Es bedarf einer Effektivitäts- und Effizienzsteigerung durch mehrere Lösungsansätze, die parallel aufgebaut werden und eng verzahnt arbeiten. Hierzu müssen bestehende Strukturen überdacht und ausgebaut, neue Bereiche erschlossen und Verknüpfungen hergestellt werden.

6.1 Bevölkerungsmentalität

Zur eigenständigen Navigation durch die Zuständigkeiten des medizinischen Systems müssen die Grenzen klar geregelt und kommuniziert werden. Hierzu helfen Informationen in Form von Werbekampagnen sowie Weiterbildungen im medizinischen Bereich. Ziel ist, durch Schulung des richtigen Umganges eine bedarfsgerechte Nutzung des Notrufes 112 und damit eine Reduzierung der Anrufszahlen zu erreichen.

Durch Werbekampagnen soll eine breite und zielgruppenorientierte Informationsverbreitung über die Aufgaben, die Funktion und Grenzen des Rettungsdienstes erfolgen. Neben Kampagnen mit der Zielgruppe der Bevölkerung scheint es auch sinnvoll, institutionelle Bereiche, wie zum Beispiel Pflegeheime, Pflegedienste oder Polizei, gezielt anzusprechen.

Zur Ersteinschätzung des Notfallgeschehens ist medizinisches Knowhow über Krankheitsbilder und Erste-Hilfe-Maßnahmen erforderlich. Dieses muss zwingend regelmäßig geschult werden, zum Beispiel in Form einer jährlichen Fortbildung beim Arbeitgeber oder durch Informationskampagnen. Auch der Ausbau von Erste-Hilfe-Kursen in der Schule ist zielführend.

Die Berliner Feuerwehr veröffentlichte im August 2021 eine Kampagne, die die Aufgaben der Feuerwehr klar abgrenzt und für die richtige Zuständigkeit sowie eine verantwortungsvolle Verwendung des Notrufs 112 sensibilisiert, wie in Anlage F beispielhaft

dargestellt. 8 von 10 befragten Berliner Bürgern gaben an, dass die Kampagne zur Aufklärung über die richtige Nutzung des Notrufes beigetragen habe [16].

6.2 Leitstellen

Es bedarf fester Algorithmen, um Handlungssicherheit für die Disponenten bei der Einsatzmittelauswahl zu erlangen. In diesem Rahmen fand die standariserte Notrufabfrage in vielen Leitstellen Einzug. Problematisch kann hier die Mensch-Technik-Verknüpfung sein, da die menschliche Komponente sich in ihrer Gedankenstruktur nicht zwingend an logischen Algorithmen orientiert. Ziel ist, eine vergleichbare und qualitätssichernde Disposition von Rettungsmitteln zu erreichen. Eigene Erfahrungen kann der Disponent im Rahmen der Eskalation des Einsatzes einbringen.

Durch eine vollständige Dokumentation aller Entscheidungsschritte erhält man eine gerichtsfeste und transparente Dokumentation. Die Algorithmen müssen zuvor durch den ÄLRD beziehungsweise höhere Strukturen wie das Innenministerium verbindlich festgelegt und einer kontinuierlichen klinischen Qualitätssicherung unterzogen werden [13]. Dies unterstützt den Disponenten bei der Begegnung von etwaigen Rechtsansprüchen im Rahmen möglicher Fehldisponierungen.

Die Ausbildung der Leitstellendisponenten ist im Bereich der Soft Skills zu erweitern. In einigen Bundesländern ist es ausreichend, dass vorab eine reduzierte feuerwehrtechnische oder rettungsdienstliche Ausbildung absolviert wird. Dies verdeutlicht, dass die Kernaufgabe im Bereich der Soft Skills liegt.

Eine Verknüpfung von Sektoren in der Notfallversorgung und angrenzenden Aufgabenbereichen scheint zielführend zu sein und bietet die Möglichkeit der direkten Weiterleitung eines Patienten. Ein einfacher Verweis auf das andere System ohne weitergehende Betreuung ist bisher nicht vorgesehen, hier liegt die weitere Kontaktaufnahme in der Zuständigkeit des Patienten selbst. Der Leitstellendisponent hat auf den weiteren Verlauf keinen Einfluss. Eine gesicherte Patientenführung bietet eine erhöhte Rechtssicherheit für den Disponenten.

Wie in Abschnitt 5.2 beschrieben, führt die sehr eingeschränkte Dispositionszeit sowie die ausschließlich mündliche Übermittlung der Lage zu einem beschränkten Überblick über das Einsatzbild. Eine kurze Dispositionszeit ist bei Notfallpatienten ein entscheidender Faktor im späteren medizinischen Outcome und wird daher in der Regel in die Qualitätssmessung im Rahmen der Hilfsfristberechnung einbezogen. Sobald festgestellt werden kann, dass es sich um kein Notfallgeschehen handelt, muss dem Disponenten mehr Zeit für die Anamnese eingeräumt werden. Dies ermöglicht eine zielgerichtetere Patientenzuweisung. Diese Einsätze dürfen für die Hilfsfristberechnung nicht berücksichtigt werden.

Die mündliche Übermittlung wird oftmals durch sprachliche Barrieren erschwert. Übersetzungs-Apps, die zwischen Anrufer und Disponent geschaltet werden, können hier sinnvoll unterstützen. Beide Parteien können Nachrichten in der Muttersprache verfassen, die entsprechend übersetzt werden. Dieser Faktor kann die Informationsqualität und die damit verbundene zielgerichtete Disponierung maßgeblich beeinflussen.

Es gibt bereits Systeme am Markt, die es Disponenten ermöglichen, per Handykamera einen optischen Überblick über die Einsatzlage zusätzlich zu mündlichen Angaben zu erhalten. Solche Systeme bieten aber die Gefahr der Schockstarre beim Disponenten und sollten daher nicht standardmäßig bei jedem Einsatz eingeschaltet werden. Bei unübersichtlichen Lagen stellen sie eine weitere Option der Informationsgewinnung dar, die wiederum Einfluss auf die Qualität der Disponierung hat.

6.3 Sektorenerweiterung im präklinischen System

Neue Versorgungs- und Bedienstrategien im Rettungsdienst sollen die Möglichkeit der zielgerichteten und bedarfsadaptierten Entsendung von Einsatzmitteln schaffen und somit die RTW-Einsätze reduzieren. Hierzu sind sinnvolle neue Ressourcen notwendig, die das bisherige Rettungsdienstspektrums erweitern.

6.3.1 Mobile ärztliche Sprechstunde

Zur Kompensation der fehlenden Hausarztbindung bietet eine telemedizinische Sprechstunde die Möglichkeit, ohne lange Anfahrten eine ärztliche Konsultation einzuholen. Zusätzlich ergänzt sie sinnvoll den ärztlichen Bereitschaftsdienst, da dieser in der Regel medizinische Hilfe in einer Praxis durchführt und nur vereinzelt Hausbesuche anbietet. Somit besteht die Möglichkeit, auch außerhalb der Sprechzeiten bei zeitunkritischen Einsätzen medizinischen Rat kurzfristig zur Verfügung zu stellen.

Nach einer ausführlichen Anamnese kann der Arzt den Patienten bei Bedarf dem richtigen Behandlungszweig zuführen. Ist nach ärztlicher Einschätzung die Einbindung des Rettungsdienstes erforderlich, erhalten die Disponenten eine verbesserte Informationsqualität zum Einsatzbild. Ausländische Studien haben gezeigt, dass die Mehrheit der Patienten den getroffenen Handlungsempfehlungen des Arztes folgen. [6]

Die digitale Sprechstunde kann mittels Videokonferenz durchgeführt werden. In dieser Form besteht jedoch nicht die Möglichkeit, durch körperliche Untersuchung weitere Befunde zu erheben. Problematisch kann hier, besonders bei älteren Menschen, die digitale Anbindung sein.

Telemedizinische Unterstützung kann auch in der Notfallmedizin ressourcenschonend eingesetzt werden. Ein Telenotarzt reduziert die Bagatelleinsätze nicht direkt, entlastet jedoch die NEF-Vorhaltung, die durch andere (Bagatell-) Einsätze belastet wird.

Ein alternatives Ärzteangebot setzt aktuell die kassenärztliche Vereinigung Hessen im Rahmen eines Modellversuchs ein. Der sogenannte Medibus ist eine rollende Arztpraxis, der die Hausärzte bei der wohnortnahmen Versorgung kranker Menschen unterstützen soll. [14] Durch regelmäßige ärztliche Kontrollen werden Krankheiten frühzeitig erkannt und können außerhalb der Notfallversorgung behandelt werden.

6.3.2 Transportkapazitäten

Grundsätzlich bietet das rettungsdienstliche Spektrum die Transportkapazitäten mittels RTW und KTW. Wie in Abschnitt 4.2 beschrieben, steht die KTW-Ressource aktuell auf Grund von Auslagerungen und Krankenkassenvorbehalte dem Disponenten nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Zur Schaffung von mehr Reaktionsmöglichkeiten ist es erforderlich, dass die Disponenten den direkten Zugriff auf die Ressource des KTW haben. Hierzu ist es nötig, den Rettungsdienst als eigenen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen anzuerkennen und somit eine Unabhängigkeit von der Inanspruchnahme anderer Leistungen wie einem Transport entsteht [17].

Unter anderem versucht zum Beispiel die Stadt Köln, das Fahrzeugangebot gemäß RettG NRW von RTW und KTW durch zusätzliche Inbetriebnahme von Notfall-Krankentransportwagen (N-KTW) zu erweitern. Der N-KTW schließt die Lücke zwischen akut vital bedrohten Patienten, die unmittelbar ins Krankenhaus müssen und mit dem RTW transportiert werden, und Patienten, bei denen das Einsatzbild zeitunkritisch ist, aber ein Transport erwartet wird. [18]

Auch ein Zugriff auf Mietwagen kann sinnvoll sein, um Hilfeersuche von Bürgern nicht abzulehnen zu müssen, sondern direkt die notwendige Ressource aktivieren zu können. Durch diese Abstufung von Fahrzeugkategorien erweitert sich das Spektrum und die Einsätze im Bereich RTW reduzieren sich.

6.3.3 Sichter

Die Implementierung eines hauptamtlichen Sichters bietet die Möglichkeit einer erweiterten und fundierten Anamnese zur Einschätzung des Krankheitsbildes und gegebenenfalls auch zur Durchführung von ambulanten Maßnahmen vor Ort, ohne dass ein Transport erfolgen muss. Dies ermöglicht eine zielgerichtete Patientenzuweisung, die die RTW-Einsätze reduziert und oftmals patientenschonender ist. Der Sichter ist in Anlehnung an die frühere Gemeindeschwester zu verstehen und nicht analog des Sichters zur Triagierung im Rahmen eines Massenanfall von Verletzten. Er soll für

zeitunkritische Einsätzen vorgesehen werden, welche nicht innerhalb der vorgeschriebenen Hilfsfrist bedient werden müssen, aber dennoch zeitnah erfolgen sollten. Ein Transport ist nach Ersteinschätzung nicht vorgesehen.

Als Erweiterung zu einem Sichter, der ambulante Maßnahmen durchführen kann, prüfte die Stadt Köln die nachführende Überwachung der Patienten mittels des Masimo-Systems. Das Masimo-System besteht aus einem Fingersensor, der medizinische Daten wie den Sauerstoffgehalt und den Puls an einen Arzt per Telemedizin übermittelt. [19] Hierdurch werden das Einsatzspektrum des Sichters erweitert und weitere Transporte eingespart.

Der Gemeindenotfallsanitäter (G-NFS) ist ein gemeinsames Forschungsprojekt in der Stadt Oldenburg, dem Landkreis Ammerland, Cloppenburg und Vechta in Niedersachsen. Die Mitarbeiter in der Leitstelle erarbeiten anhand einer strukturierten und standardisierten Notrufabfrage, ob der eingehende Notruf einen Einsatz für den G-NFS erfordert. [20] Von insgesamt 5.500 Einsätzen, die die G-NFS innerhalb des Jahres 2021 absolvierten, konnten 70% der Patienten ambulant zu Hause behandelt werden. Lediglich in 30% der Fälle war ein Transport in eine stationäre Einrichtung erforderlich. Davon war nur ein Drittel der Einsätze mit einer dringlichen medizinischen Indikation belegt, so dass hierfür ein RTW notwendig war. [21]

Das vergleichbare Modellprojekt „Hanse-Sani“ wurde von März bis Juni 2020 in der Freien Hansestadt Bremen durchgeführt. Die Ausbildung ist analog der des G-NFS und beinhaltet eine Zusatzausbildung für ambulante Maßnahmen wie der erweiterten Wundversorgung sowie dem Umgang mit Dauerkathetern. Zusätzlich kann der Hanse-Sani eine umfangreiche Anamnese zur Festlegung des notwendigen Transportmittels und Applikation von Medikamenten durchzuführen. Die Fahrzeuge sind nicht für den Transport von Patienten ausgelegt, bringen aber medizinisches Equipment und Medikamente mit. Eine telemedizinische notärztliche Beratungs- und Entscheidungskompetenz steht dem Sanitäter zur Verfügung. [22] Im Modellprojekt in Bremen wurden im Projektzeitraum von drei Monaten 894 Einsätze absolviert. In rund 72% der Einsätze war kein direkter Transport ins Krankenhaus notwendig. Nur in 9% der Einsätze wurde die Einsatzkategorie auf ein Notfallereignis hochgestuft. [23]

Auch weitere Städte wie Frankfurt am Main oder Berlin befinden sich in einem ähnlichen Pilotprojekt des Notfallsanitäter-Erkunders (NotSan-Erkunder), der unter anderem zur Triage vor Ort eingesetzt wird. [24] [25]

In den USA, Kanada, England und Australien haben sich Systeme wie die „community paramedics“ oder „extended care paramedics“ bewährt, die zur ergänzenden Patientenversorgung eingeführt wurden. Neben der akuten Notfallversorgung leisten sie bei psychosozialen und sonstigen gesundheitlichen Problemen Hilfe. [13] Diese Strukturen haben in Kombination mit nachfolgenden Patientenbesuchen und Aufklärungsarbeit zum Rückgang der Notrufe geführt. [26]

Die Modellprojekte haben gezeigt, dass die Transporte ins Krankenhaus reduziert werden konnten. Eine Auswertung des erwarteten Rückgangs von RTW-Einsätzen ist auf Grund von Wechselwirkungen bedingt durch die Corona-Pandemie aktuell nicht möglich. Grundsätzlich wird erwartet, dass sich die Bagatelleinsätze für den RTW durch eine Vorsichtung deutlich reduzieren. Eine ambulante Versorgung ist häufig patientschonend und entlastet zusätzlich klinische Ressourcen.

Zur Durchführung solcher Pilotprojekte bedarf es einer gesetzlichen Grundlage. Zur Prüfung systemisch und wirtschaftlich sinnvoller neuer Einsatzmittel und -konzepte gibt es in mehreren Rettungsdienstgesetzen eine Experimentierklausel. Ohne eine solche Experimentierklausel müssen spätestens zur festen Implementierung solcher Strukturen die Rettungsdienstgesetze novelliert werden. Hierzu gilt es, die Sektorengrenzen der unterschiedlichen Zuständigkeiten zu überwinden.

Fraglich ist hier die entsprechende Verankerung des Sichters im Bereich des Rettungsdienstes, wie in den Modellprojekten vorgesehen. Hier ergibt sich die Zuständigkeit über den Weg des Hilfeersuchens. In den Pilotprojekten übernimmt der Sichter Einsätze, die über den Notruf 112 eingegangen sind. Die von ihm durchgeführten Maßnahmen beruhen jedoch größtenteils auf pflegerischen Maßnahmen, die nicht zu den Aufgabenschwerpunkten des Rettungsdienstes gehören. Hier ist eine Implementierung zum Beispiel im Bereich eines Pflegenotrufes naheliegend.

Die Zuordnung des Sichters zum Rettungsdienst hat jedoch den Vorteil des modularen Einsatzes. Hier besteht die Möglichkeit, den Sichter gemeinsam mit einem KTW einzusetzen und diesen so zu einem RTW upzugraden. So können zu Spitzenauslastungen kurzfristig weitere Rettungsmittel zur Verfügung gestellt werden, welche sich positiv auf die Erreichung der Hilfsfrist auswirken. Zusätzlich kann der Sichter auch zur Erstversorgung in der Notfallrettung eingesetzt werden. Beide Faktoren führen zu einer Stärkung der Strukturen und damit zur Kompensation der Bagatelleinsätze.

6.3.4 Ersthelfer

Bagatelleinsätze führen zu einer enormen Auslastung des Rettungsdienstes, welche wiederum zu Wartezeiten bei der Notrufannahme und einem verspäteten Eintreffen des Rettungsdienstes am Einsatzort führt.

Zur Kompensation können ehrenamtliche Ersthelfer eingesetzt werden, die parallel zum Rettungsdienst alarmiert werden. Ersthelfer sind medizinisch vorgebildet und werden aus der Freizeit heraus alarmiert. Auf Grund der räumlichen Nähe zum Einsatzort, können die Ersthelfer medizinische Maßnahmen früher einleiten. Solche Systeme ermöglichen auch die frühzeitige Vervollständigung von Informationen. Eine Reduzierung der Rettungsmittelleinsätze ist hierdurch nicht gegeben.

6.4 Erhalt und Verknüpfung der Sektoren

Auch durch Wissensmanagement und Komponentenerweiterungen können Bagatelleinsätze nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Auf Grund des Ressourcenmangels in allen Bereichen des Gesundheitssektors ist ein Aufgabenzuwachs im Rettungsdienst zu verzeichnen (siehe hierzu Abschnitt 5.3.1). Die Grundvoraussetzung zur Abschichtung dieser zusätzlichen Aufgaben ist die Stärkung und der Ausbau der alternativen Systeme sowie deren notwendiger Verknüpfung.

Zum Erhalt der Ressourcen ist der Gesundheitssektor als Arbeitgeber attraktiver zu gestalten. Für den Bereich des Rettungsdienstes sind neben finanziellen Motivatoren die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit sowie eine erhöhte Entscheidungsbefugnis maßgebende Stellschrauben.

Der Ausbau von Gesundheitszentren, in denen Notaufnahmen der Kliniken und die KV zusammen vorgehalten werden, ermöglicht eine flächendeckende ärztliche Betreuung sicherzustellen, Verlegungsfahrten zwischen den einzelnen Diensten zu reduzieren und die Weiterbehandlung im Anschluss an die Notfallrettung schnell und rechtssicher darzustellen.

Eine direkte Zusammenarbeit des kassenärztlichen Notdienstes und des Rettungsdienstes ist durch die Trennung der Hotline 116 117 und des Notrufes 112 erschwert. Diskutiert werden kann sowohl eine enge Kooperation beider Systeme sowie eine Integration zu einer gemeinsamen Leitstelle. Auf Grund der heterogenen Zuständigkeiten und Arbeitsweisen der bestehenden Systeme scheint hier zunächst eine Zusammenarbeit zielführend zu sein, um eine rechtssichere Weiterleitung der Patienten zu gewährleisten. [27]

Ein Zugriff auf weitere alternative Ressourcen, wie die ambulante Sozialarbeit, den ambulanten Pflegedienst, die ambulante Palliativ-Medizin oder den sozial-psychiatrischen Dienst, ermöglicht eine rechtssichere Zuweisung der Patienten und eine Abschichtung der Aufgaben im Rettungsdienst. Dafür erforderlich ist eine integrierte Notfallversorgung mit Kooperation aller Akteure des Rettungsdienstes, der ambulanten und stationären Notfallversorgung, die durch digitale Vernetzungen begleitet wird [17].

7 Fazit

Die Entwicklung des Rettungsdienstes ist durch steigende Einsatzzahlen, Ressourcenmangel im Gesundheitssektor und differente Zuständigkeiten geprägt. Hierdurch entstehen Defizite bei der Sicherstellung der bedarfsgerechten und flächendeckenden medizinischen Notfallversorgung, bei der Umsetzung der festgeschriebenen Hilfsfrist und bei der rechtssicheren und zielgerichteten Patientensteuerung.

Die Einsatzsteigerungen im Rettungsdienst sind unter anderem auf eine zunehmende Anzahl von Bagatelleinsätzen zurückzuführen. Dabei handelt es sich um Einsätze, die nicht originär in die Zuständigkeit des Rettungsdienstes fallen oder sehr niederschwellig bedient werden könnten. Die originären Zuständigkeiten dieser Einsätze sind sehr different und betreffen einen Großteil des Gesundheitssektors, wie die Pflege, die hausärztliche Versorgung, die Palliativmedizin oder auch die Sozialarbeit. Das aktuelle System bietet, bedingt durch differente Zuständigkeiten und Kostenträger, wenig Möglichkeiten für Zusammenarbeit.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den Zusammenhang der ermittelten Ursachen für Bagatelleinsätze im Rettungsdienst sowie entsprechende Lösungsansätze der Facharbeit auf:

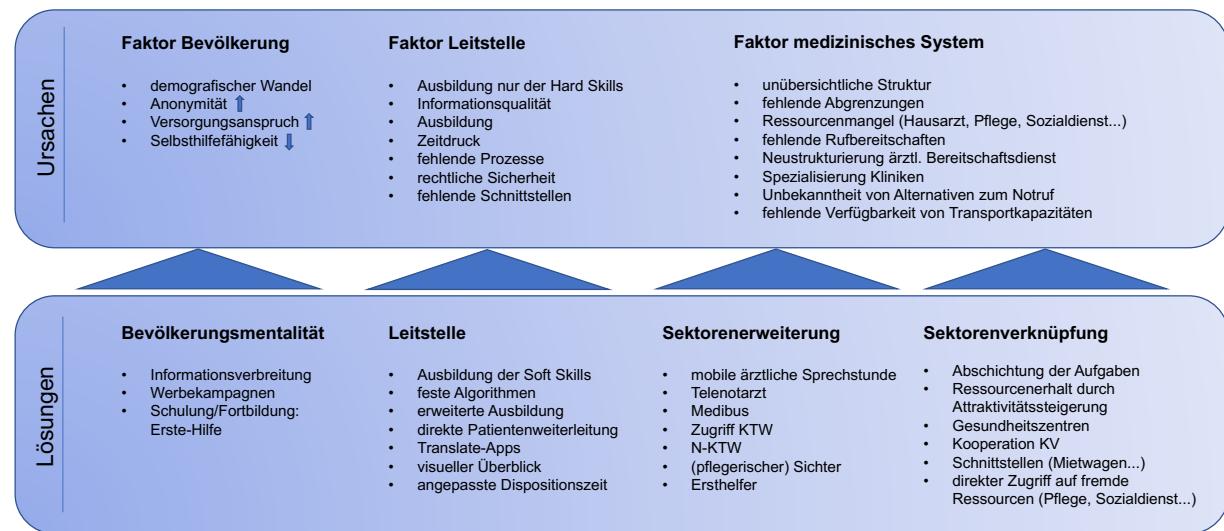


Abbildung 3 Übersicht Ursache & Lösungen von Bagatelleinsätzen

Quelle Eigene Darstellung

Ursachen der Bagatelleinsätze findet man in der Änderung der Bevölkerungsmentalität, dem Ressourcenmangel im Gesundheitssystem, den fehlenden Verknüpfungen der Sektoren im Gesundheitswesen und dessen Spezialisierung. Verschärft wird dies durch rechtliche Rahmenbedingungen.

Bei Überlegungen zum Umgang mit Bagatelleinsätzen müssen neben Maßnahmen zur Reduzierung dieser Einsätze auch Kompensationsmaßnahmen für Bagatelleinsätze bedacht werden, denen nicht vorgebeugt werden kann.

Die Aufklärung der Bevölkerung im Rahmen von Werbekampagnen oder Erste-Hilfe-Schulungen trägt maßgeblich zur Verantwortungsübernahme und damit verbundenem pflichtgemäßem Umgang mit dem Notruf bei.

Ziel muss es sein, die bisher weitestgehend getrennt organisierten Bereiche zu einem System zu integrieren. Eine intensive Verzahnung der Sektoren bildet die Grundlage für einen effizienten Ressourceneinsatz sowie eine gezielte Steuerung der Patienten zu bedarfsgerechten Strukturen. So ist die Kooperation von KV und Klinik in einem Gesundheitszentrum oder die Zusammenarbeit des Notrufes 112 mit der ärztlichen Hotline 116 117 entscheidend.

Neben der Möglichkeit der direkten Patientenweiterleitung in alternativen Systemen bieten eine verbesserte Informationsqualität, erweiterte Ausbildung der Disponenten sowie feste Algorithmen im Entscheidungsprozess mehr Rechtssicherheit für den Disponenten. Dies kann über ausführliche Anamnesen durch Sichter und ärztliche Telemedizin, Schulung von Soft Skills, technische Systeme zum Dolmetschen und zur Schaffung eines visuellen Überblicks über die Einsatzlage erreicht werden.

Zur Erweiterung der Verfügbarkeit der Rettungsmittel müssen Einsatzmittelstärken erhöht oder die Einsatzzeit der Rettungsmittel reduziert werden. Eine notwendige Erhöhung ist jedoch limitiert. Eine Verkürzung der Einsatzzeit der Rettungsmittel wird unter anderem durch erweiterte Anamnesen und eine Vorsichtung erzielt.

Eine Reduzierung von Bagatelleinsätzen wird zusätzlich über eine Abschichtung von Aufgaben durch Stärkung und Ergänzung des Gesundheitswesens erfolgen. Hierzu gehört eine Ausweitung der KV und die Implementierung von Notdiensten in der Pflege und Palliativmedizin. Das Gesundheitssystem als Arbeitgeber muss attraktiver gestaltet werden. Ergänzungen des Spektrums durch Sichter oder Telearzt ermöglichen eine qualifikationsentsprechende Verwendung von Fahrzeugen.

Die aktuellen Strukturen und Prozess müssen kontinuierlich angepasst und ausgebaut werden, um ein zielgerichtetes, patientenschonendes und effizientes Gesundheitssystem zukünftig etablieren zu können. Zur Kompensation einzelner Mängel muss stets das Gesamtsystem betrachtet werden.

Literaturverzeichnis

- [1] Deutsches Institut für Normung e.V., *DIN 13050*, Berlin: Beuth Verlag GmbH, 2009.
- [2] A. Prof. Dr. Dr. Lechleuthner, M. Dr. Wesolowski und S. Brandt, „Gestuftes Versorgungssystem im Kölner Rettungsdienst,“ *Notfall + Rettungsmedizin*, Nr. 07, 2019.
- [3] Dudenredaktion, „Der Duden,“ 2022. [Online]. Available: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Bagatelle>. [Zugriff am 10 10 2022].
- [4] J. Dr. Schmidt, Interviewee, *Bagatelleinsätze im Rettungsdienst*. [Interview]. 08 11 2022.
- [5] K. Dr. Fehn, Interviewee, *Bagatelleinsätze im Rettungsdienst - rechtliche Einschätzung*. [Interview]. 31 10 2022.
- [6] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung,“ Bonn, 2018.
- [7] A. Prof. Dr. Dr. Lechleuthner, *GVS & Kompetenzbasierter RD*, Köln: Stadt Köln, 2022.
- [8] M. Konertz, *Gezielte Marketingmaßnahmen zur Reduzierung von nicht gerechtfertigten Notrufen und Rettungsdiensteinsätzen – ein möglicher Weg?*, Bremen, 2022.
- [9] A. Veser, F. Sieber, S. Groß und S. Prückner, „The demographic impact on the demand for emergency medical services in the urban and rural regions of Bavaria, 2012–2032,“ *Journal Public Health* 23, 181–188, 26 05 2015.
- [10] F. Flake, L. Schmitt, W. Oltmanns, M. Peter, S. Thate, F. Scheinichen und O. Peters, *Notfall + Rettungsmedizin*, 02 03 2018.

- [11] P. Brettschneider, S. Poloczek, P. Brettschneider, C. Pommerenke, L. Wollenhaupt und F. Breuer, „Warum wird der Notruf 112 gewählt?“ – Befragung zum Notrufverhalten der Berliner Bevölkerung,“ 29 09 2021. [Online]. Available: (<https://doi.org/10.1007/s10049-021-00954-1>).
- [12] AGBF bund, „Qualitätskriterien für die Bedarfsplanung von Feuerwehren in Städten,“ Bonn, 2015.
- [13] A. Sommer, C. Rehbock, I. Seeger, A. Klausen, U. Günther, H. Schröder, M. Neuerer, S. Beckers und T. Krafft, *Notfall + Rettungsmedizin*, 18 08 2022.
- [14] M. Morawietz, „Hausärztemangel in Deutschland - Wo Kranke nicht mehr versorgt werden,“ 15 02 2022. [Online]. Available: <https://www.zdf.de/politik/frontal/hausaerztemangel-in-deutschland-100.html>.
- [15] Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Bekanntheitsgrad der ärztlichen Bereitschaftssdienstnummer 116 177,“ 24 10 2022. [Online]. Available: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/41738.php>.
- [16] K. Bartels, „Ein Notruf für die 112,“ 333er - *Das Magazin für die Berliner Feuerwehr*, Nr. 10, pp. 10-12, 2021.
- [17] Bundesministerium für Gesundheit, „Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung,“ 2020.
- [18] R. Baumanns, „at beschließt Anpassung des Rettungsdienstbedarfsplans,“ 07 02 2020. [Online]. Available: <https://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/presse/mitteilungen/21417/index.html>. [Zugriff am 10 2022].
- [19] A. Prof. Dr. Dr. Lechleuthner, Interviewee, *Bagatelleinsätze im Rettungsdienst - Lösungsansätze der Stadt Köln*. [Interview]. 15 11 2022.
- [20] F. Flake, F. Leenderts, „Gemeindenotfallsanitäter - Erfahrungen aus einem Projekt,“ 24 10 2022. [Online]. Available: <https://www.symposium-leitstelle.de/wp->

content/uploads/2019/05/2019_02_Gemeindenotfallsanitäter_Flake_Leenderts.pdf.

- [21] I. Dr. Seeger, Interviewee, *Interview mit Frau Dr. Seeger zum Gemeindenotfallsanitäter*. [Interview]. 03 11 2022.
- [22] A. Dr. Callies, B. Heins und M. Konertz, *Rettungsmittelbedarfsplan der Stadtgemeinde Bremen*, Bremen: Freie Hansestadt Bremen, 2021.
- [23] A. Dr. Callies und M. Konertz, *HanseSani - Ein Projekt für Bremen*, Bremen: Freie Hansestadt Bremen, 2022.
- [24] F. Breuer, C. Pommerenke, B. Ziemen, J.-K. Stiepak, S. Poloczek und J. Dahmen, „Einführung von NotSan- Erkundern im Rahmen der COVID-19-Pandemie in der Berliner Notfallrettung,“ *Notfall + Rettungsmedizin*, pp. 1033 - 1042, 28 09 2020.
- [25] Heesch, *Pilotprojekt Notfallsanitäter-Erkunder im urbanen Bereich*, Stadt Frankfurt am Main, 2022.
- [26] G. Agarwal, R. Angeles, M. Pirrie, F. Marzanek, B. McLeod, J. Paraskandal und L. Dolowitsch, *Effectiveness of a community paramedic-led health assessment and education initiative in a seniors' residence building: the Community Health Assessment Program through Emergency Medical Services (CHAP-EMS)*, 2017.
- [27] J. Dr. Böcken, *Neuordnung der Notfallversorgung*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2022.
- [28] Bundesagentur für Arbeit, „Statista,“ 10 10 2022. [Online]. Available: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/760535/umfrage/rettungsdiensteinsaetze-der-feuerwehr-in-deutschland-nach-art-des-einsatzes/>.
- [29] Kassenärztliche Bundesvereinigung, 31 12 2021. [Online]. Available: <https://www.116117.de/de/zahlen-und-fakten.php>.

- [30] Berliner Feuerwehr, [Online]. Available: <https://112-berlin.de/mediathek/>. [Zugriff am 01 11 2022].

Anhang

Anlage A Anzahl der Einsätze des Rettungsdienstes von 2000 bis 2019

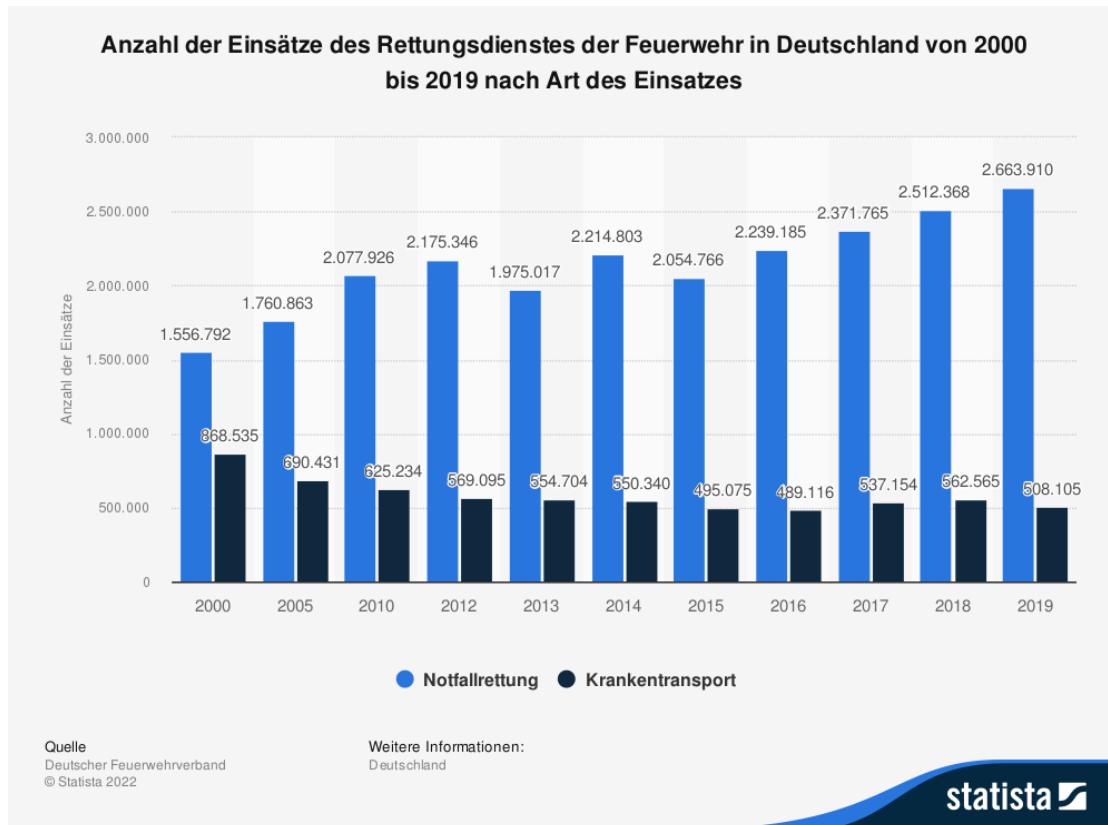


Abbildung 4 Anzahl der Einsätze des Rettungsdienstes der Feuerwehr in Deutschland von 2000 bis 2019 nach Art des Einsatzes

Quelle [28]

Anlage B Einstufungen nach dem GVS der Stadt Köln

GVS-Klasse	Patientenkategorie nach Meldebild	Initial entsendetes Einsatzmittel + Eintreffzeit	Ausreichendes Einsatzmittel für vor Ort festgestellter GVS nach durchgeführter Erstbehandlung
GVS-0	Kein Patient vor Ort		
GVS-1	Hilfesuchende Person in häuslicher Umgebung ohne erkennbare Gefahrenlage	Hausbesuchsdienst (KV, GNotSan) Zeithorizont 60 min oder Notfall-KTW Zeithorizont 20-30 min	Weitere ärztliche Diagnostik und Behandlung im Krankenhaus oder durch Hausarzt nach Rücksprache mit (Tele-) Notarzt
GVS-2	Hilfesuchende Person Gefahrenlage Hilflosigkeit (z.B. in der Öffentlichkeit, fehlende Versorgung)	Notfall-KTW 20-30 min	Vor Ort befindliches Transportmittel (KTW/RTW) zur ärztlichen Abklärung in ein Krankenhaus
GVS-3	Akutpatient in häuslicher Umgebung – akute medizinische Symptome abkläruungs- ggf. behandlungsbedürftig	RTW+ ggf. Telenotarzt, NEF , Hausbesuch durch Arzt wenn innerhalb 60 min möglich	RTW zur weiteren ärztlichen Abklärung in ein Krankenhaus oder Hausbehandlung mit (Tele-)Notarzt
GVS-4	Notfallpatient Lebensgefahr oder zeitkritische Diagnostik (z.B. Schlaganfall) nicht ausgeschlossen	RTW+ ggf. Telenotarzt Hilfsfrist	RTW + ggf. Telenotarzt in ein geeignetes Krankenhaus
GVS-5	Notfallpatient- konkrete Hinweise / Befunde auf Lebensgefahr	RTW + NEF Hilfsfrist	RTW+ NEF in ein geeignetes Krankenhaus
GVS-6	Notfallpatient Reanimation	Telefonreanimation+Ersthelfer+ RTW+Notarzt	RTW + Notarzt in ein geeignetes Krankenhaus
GVS-7	Tod vor Ort	Arzt vor Ort Arzt/NEF je nach Örtlichkeit	Bleibt vor Ort

Abbildung 5 Gestuftes Versorgungssystem der Stadt Köln

Quelle [7]

Anlage C

Verteilung der GVS-Abschlussstichworte im Jahr 2021

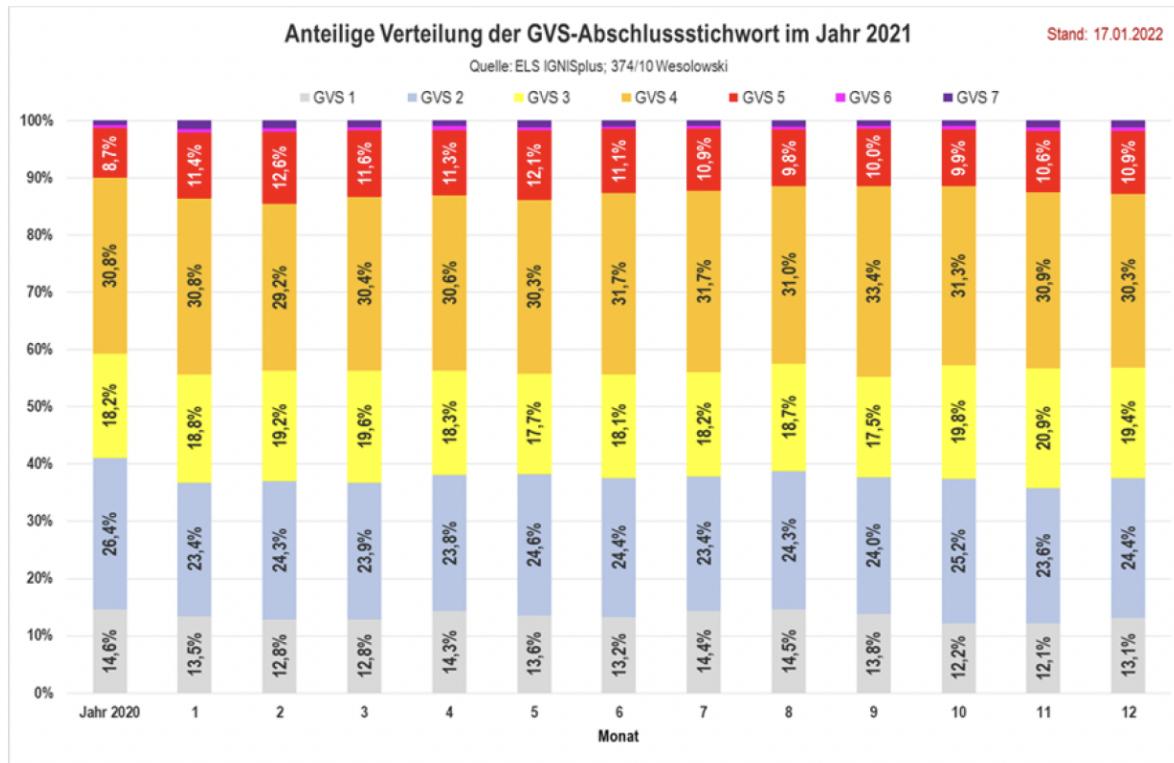


Abbildung 6

Quelle

Anteilige Verteilung der GVS-Abschlussstichworte im Jahr 2021

[7]

Anlage D Anruferzahlen der zentralen Rufnummer 116 117 von 2019 - 2021

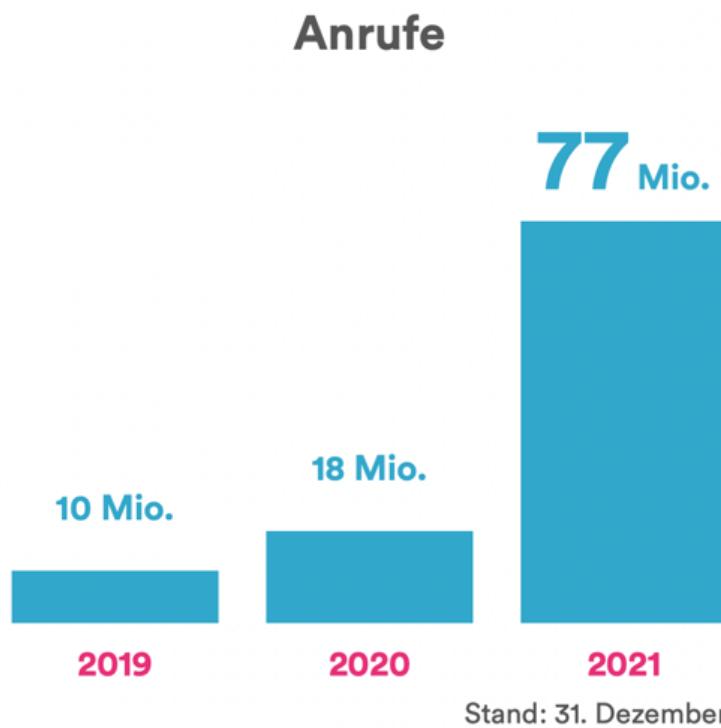


Abbildung 7 Anruferzahlen zentrale Rufnummer 116117 von 2019 bis 2021
Quelle [29]

Anlage E Vorgaben zur rettungsdienstrelevanten Hilfsfristen in Deutschland

Bundesland	Hilfsfrist	Erreichungsgrad	Def. Hilfsfrist	Quelle
Baden Würtemberg	möglichst nicht mehr als 10, höchstens 15 Min	-	Eingang der Notfallmeldung in LST bis Eintreffen am Notfallort	§3 Abs. 2 RDG BaWü
Bayern	12	in der Regel	nach Ausrücken eines RM	§2 Abs. 1 Verordnung zur Ausführung des Bayrischen Rettungsdienstgesetzes
Berlin	10	90%		Jahresbericht Berliner Feuerwehr
Brandenburg	15	95/	Eingang einer Notfallmeldung bei der LST bis Erreichen Einsatzort durch RM	§8 Abs. 2 Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz
Bremen	10	95%	Zeitspanne von der Eröffnung des Einsatzes bis zum Eintreffen des ersten RM	§28 Abs. 2 BremHilfeG
Hamburg	keine gesetzliche Regelung, 8 Min Planungsgrundlage	-		kleine Anfrage DS 21/9999
Hessen	10	-	Eingang einer Notfallmeldung bei der LST bis Eintreffen geeignetes RM	§15 Abs.2 HRDG
Mecklenburg-Vorpommern	10	in der Regel	Zeitraum von Alarmierung eines RM durch LST bis zum Eintreffen am Notfallort	§8 Abs.2 Nr.7 RettDG M-V
Niedersachsen	15	95%	Beginn Einsatzentscheidung durch LST bis zum Eintreffen des ersten RM am Einsatzort	§2 Abs 3 Verordnung über die Bemessung des Bedarfs an Einrichtungen des RD
NRW	12	-	von Eingang Notfallmeldung bis Eintreffen des ersten qualifizierten Rettungsmittel	Abs. 4 MBI.NRW. 1997 S. 1340
Rheinland-Pfalz	15, KTW 40 Min	-	Fahrzeit nach Eingang Hilfeersuchens bei der LST	§8 Abs. 2 RettDG Rheinland-Pfalz
Saarland	12	95%	von Einsatzentscheidung nach Eingang eines Hilfeersuchens bei LST bis Eintreffen geeignetes RM am Notfallort	§6 Abs. 3 Saarländisches Rettungsdienstgesetz
Sachsen	12	95%	Dispositionszeit (nach Anamnese) 1 Min + Ausrückezeit 1 Min + Fahrzeit	§4 Abs.1 Sächsisches Landesrettungsdienstplanverordnung
Sachsen-Anhalt	12 für RTW, 20 Min NEF	95%	von Eingang Notfallmeldung in LST bis Eintreffen RM am Ziel	§2 Abs.17 + §7 Abs.4 Rettungsdienstgesetz Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein	12	90%	von der Alarmierung des RM bis Eintreffen ersten geeigneten RM	§2 Abs 1+2 Landesverordnung zur Durchführung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes
Thüringen	12 (in dünn besiedelten Gebieten 15 Min)	-	Fahrzeit innerhalb von ...	§12 Abs.1 Nr.1 Thüringer Rettungsdienstgesetz

Hilfsfrist ohne Disposition

Tabelle 1 Vorgaben zu rettungsdienstrelevanten Hilfsfristen in Deutschland
Quelle Eigene Darstellung

Anlage F Plakatmotiv der Notfallrettung der Berliner Notrufkampagne



Abbildung 8 Plakatmotiv der Notfallrettung der Berliner Notrufkampagne
Quelle [30]

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Lisa Bold, versichere hiermit, dass ich die vorliegende Facharbeit selbständig verfasst und keine als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Stellen, die als solche aus veröffentlichten Quellen entnommen sind, sind als solche gekennzeichnet.

Die Zeichnungen oder Abbildungen sind mit einem Abbildungsverzeichnis versehen.

Diese Arbeit ist von mir bei keiner anderen Prüfungsbehörde eingereicht worden.

Köln, den 15.12.2022

Lisa Bold