

# Rettung 2017

Wo stehen die Rettungsdienste und wo geht es hin?



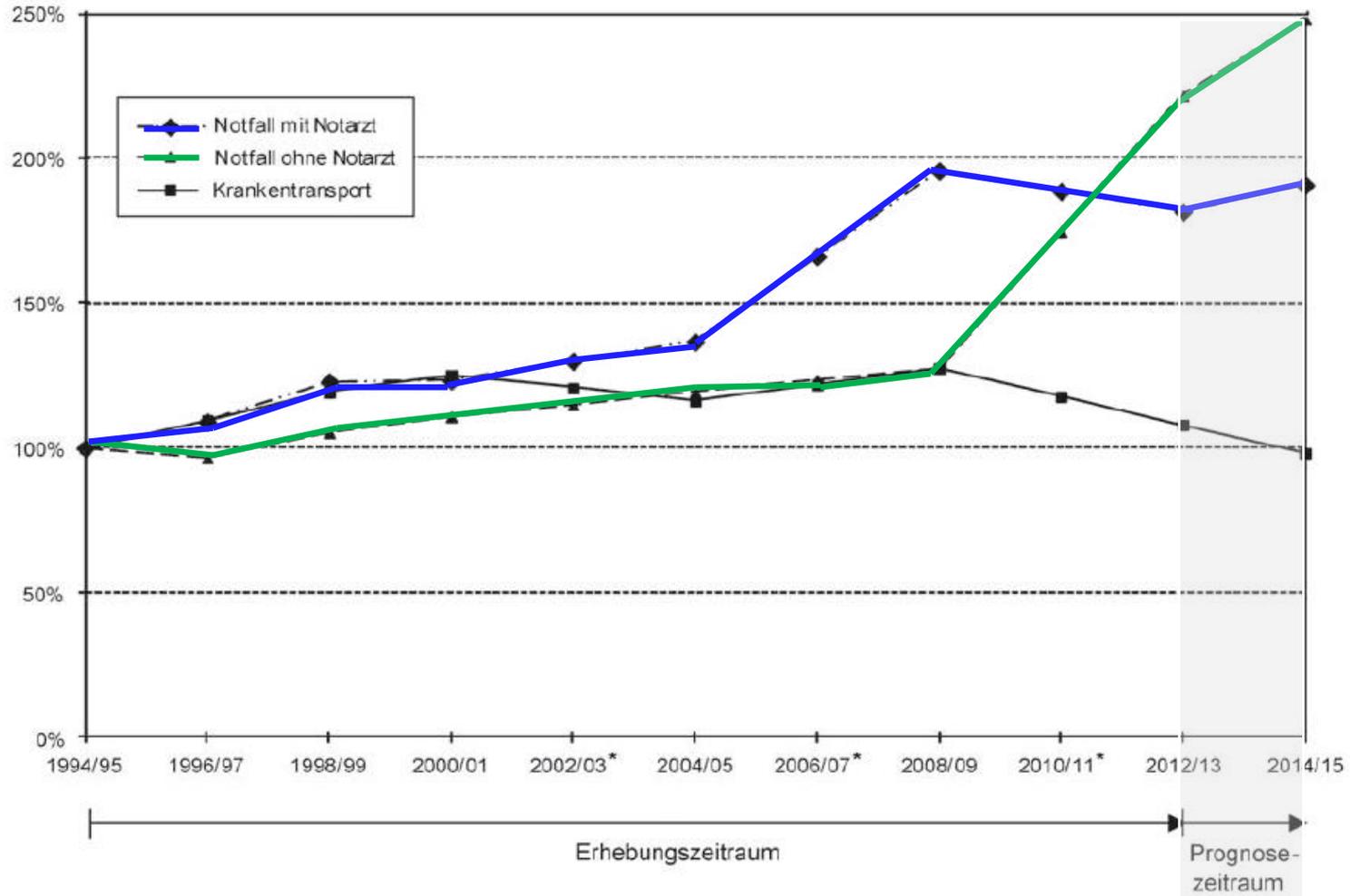
**Andreas Bohn**  
Stadt Münster – Feuerwehr

# Neue Ziele für NRW...



Wirksame Aktionskampagnen sollen viele Menschen animieren, in regelmäßigen Abständen ihre Kenntnisse der Ersten Hilfe <sup>1</sup> aufzufrischen. Vorhandenen Angebote zur Wiederbelebung <sup>2</sup> durch Laien wie die Telefonreanimation mit Hilfe <sup>3</sup> der Rettungsdienstleitstellen oder Ersthelfer-Apps sollen ausgebaut werden. Durch die Unterrichtung an allen Schulen in Nordrhein-Westfalen wollen wir die Bereitschaft zur Ersten Hilfe und Wiederbelebung von Anfang an fördern.

# Einsatz-Entwicklungen Deutschland



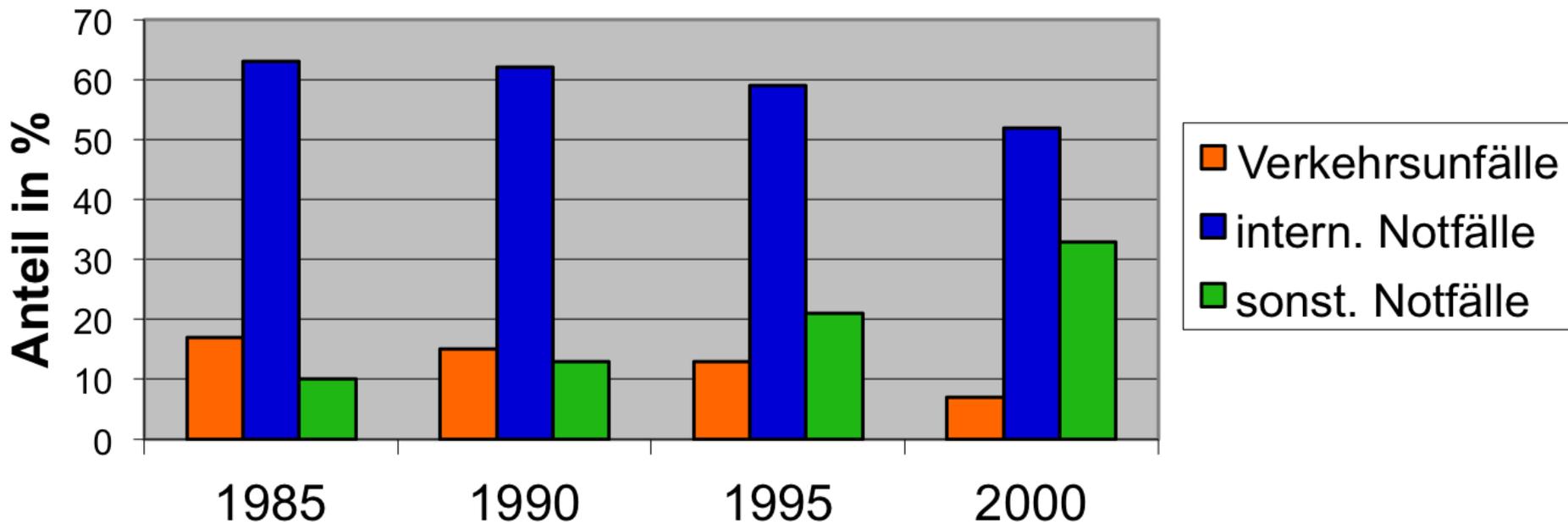
\*Lineare Fortschreibung, da für diesen Zeitraum keine Erhebung vorliegt.

BAST 2016

# Einsatz-Entwicklungen Deutschland

---

## Verteilung der Einsatzanteile



# Qualitätsbericht

Berichtsjahr 2015



Rettungsdienst  
Baden-Württemberg

2015

sqn

Stelle zur trägerübergreifenden  
Qualitätssicherung im Rettungsdienst  
Baden-Württemberg

Hessisches Ministerium für  
Arbeit, Familie und Gesundheit



Medizinische und  
volkswirtschaftliche Effektivität und Effizienz  
des Rettungsdienstes in Hessen



# Beeinflussen sozio-demografische Faktoren Notarzteinsätze?

P. Engel<sup>1</sup> · T. Wilp<sup>2</sup> · R.P. Lukas<sup>1</sup> · U. Harding<sup>3</sup> · T.P. Weber<sup>4</sup> · H. Van Aken<sup>1</sup> · A. Bohn<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Arbeitsgruppe Forschung in der Notfallmedizin (AGFiN), Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Münster

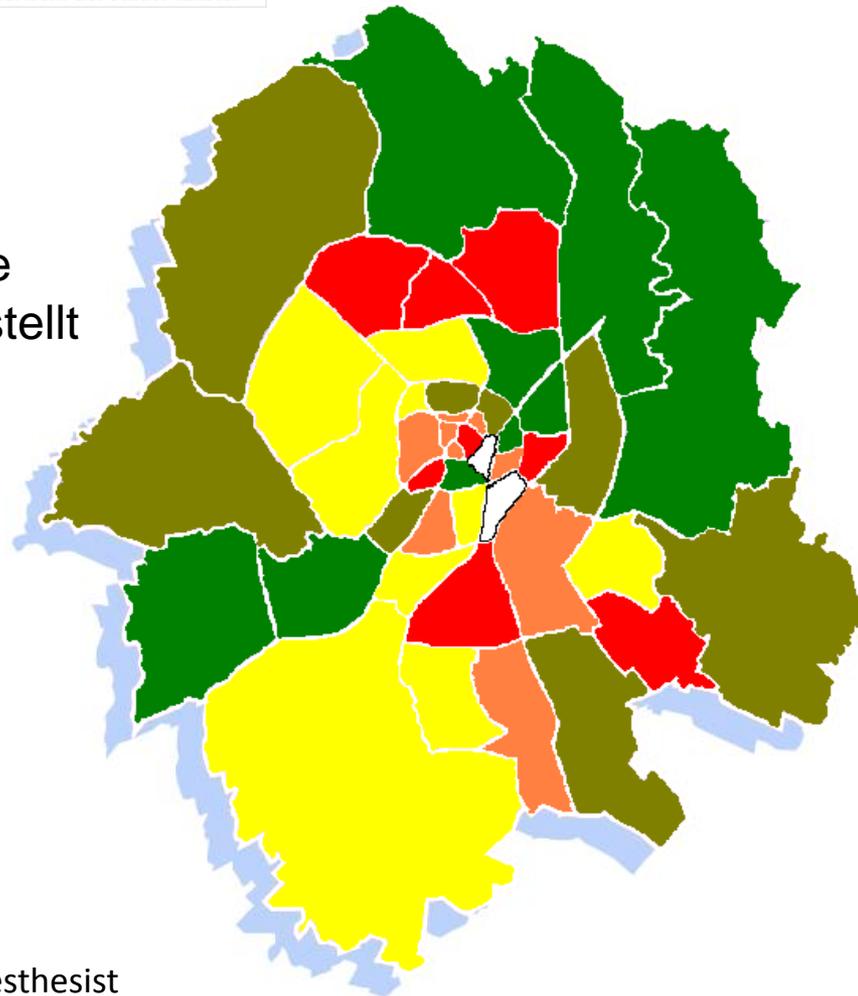
<sup>2</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité Universitätsmedizin Berlin

<sup>3</sup> Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Braunschweig

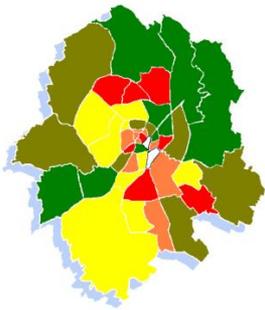
<sup>4</sup> Klinik für Anästhesiologie, Katholisches Klinikum Bochum

<sup>5</sup> Ärztliche Leitung Rettungsdienst, Berufsfeuerwehr der Stadt Münster

retrospektive Analyse  
2293 Notarzt-Einsätze  
georeferentiell dargestellt



Notarzteinsätze pro 100 Ew.
0,36
0,445
0,639
0,515
...
...
...
0,926
1,567
0,908
1,402



## Originalien

P. Engel<sup>1</sup> · T. Wilp<sup>2</sup> · R.P. Lukas<sup>1</sup> · U. Harding<sup>3</sup> · T.P. Weber<sup>4</sup> · H. Van Aken<sup>1</sup> · A. Bohn<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Arbeitsgruppe Forschung in der Notfallmedizin (AGFIN),  
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin,  
Universitätsklinikum Münster

<sup>2</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie,  
Charité Universitätsmedizin Berlin

<sup>3</sup> Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Braunschweig

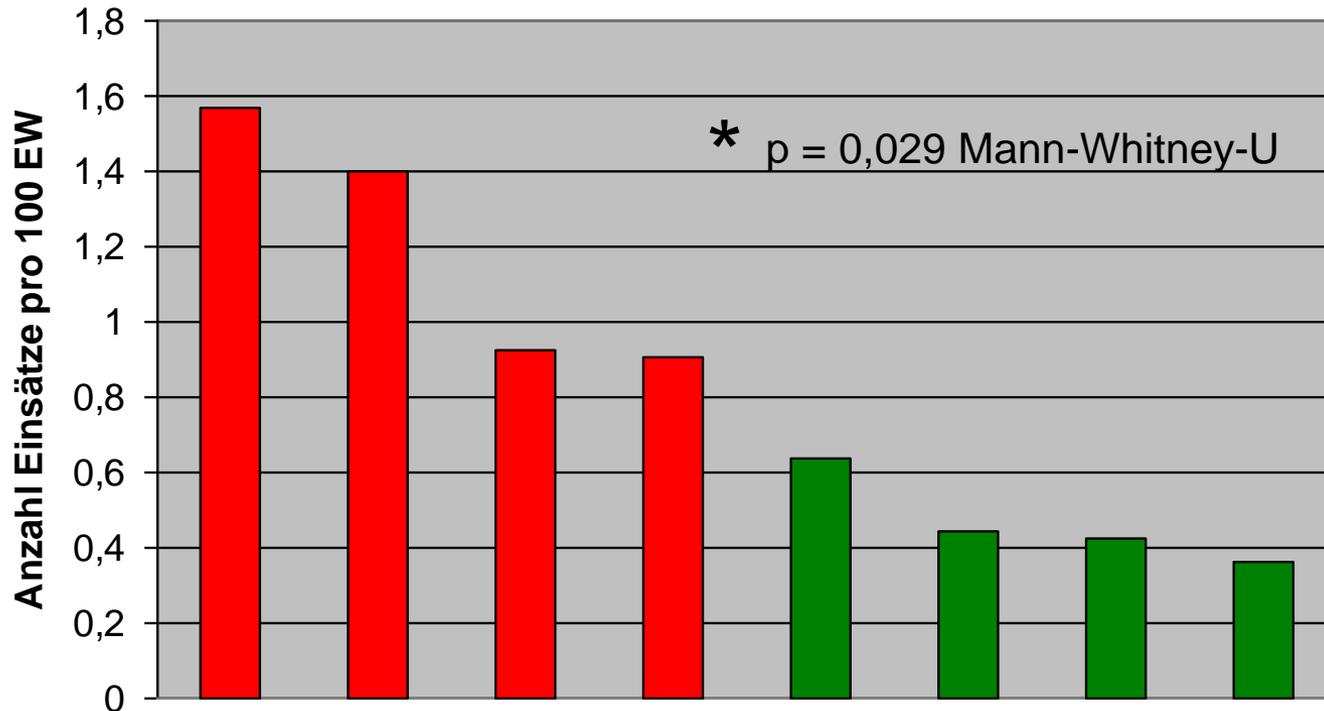
<sup>4</sup> Klinik für Anästhesiologie, Katholisches Klinikum Bochum

<sup>5</sup> Ärztliche Leitung Rettungsdienst, Berufsfeuerwehr der Stadt Münster

# Beeinflussen sozio- demografische Faktoren Notarzteinsätze?

Nehmen Bewohner von Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status den Notarzt häufiger in Anspruch?

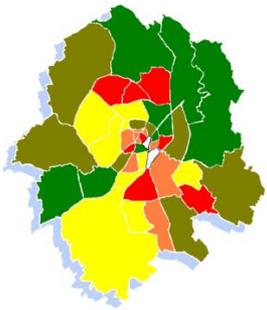
## NEF-EINSATZAUFKOMMEN



„rote Stadtteile“  
(Bedürftigkeits-  
Index 11,16)

vs.

„grüne Stadtteile“  
(Bedürftigkeits-  
Index 1,5)



## Originalien

P. Engel<sup>1</sup> · T. Wilp<sup>2</sup> · R.P. Lukas<sup>1</sup> · U. Harding<sup>3</sup> · T.P. Weber<sup>4</sup> · H. Van Aken<sup>1</sup> · A. Bohn<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Arbeitsgruppe Forschung in der Notfallmedizin (AGFIN),  
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin,  
Universitätsklinikum Münster

<sup>2</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie,  
Charité Universitätsmedizin Berlin

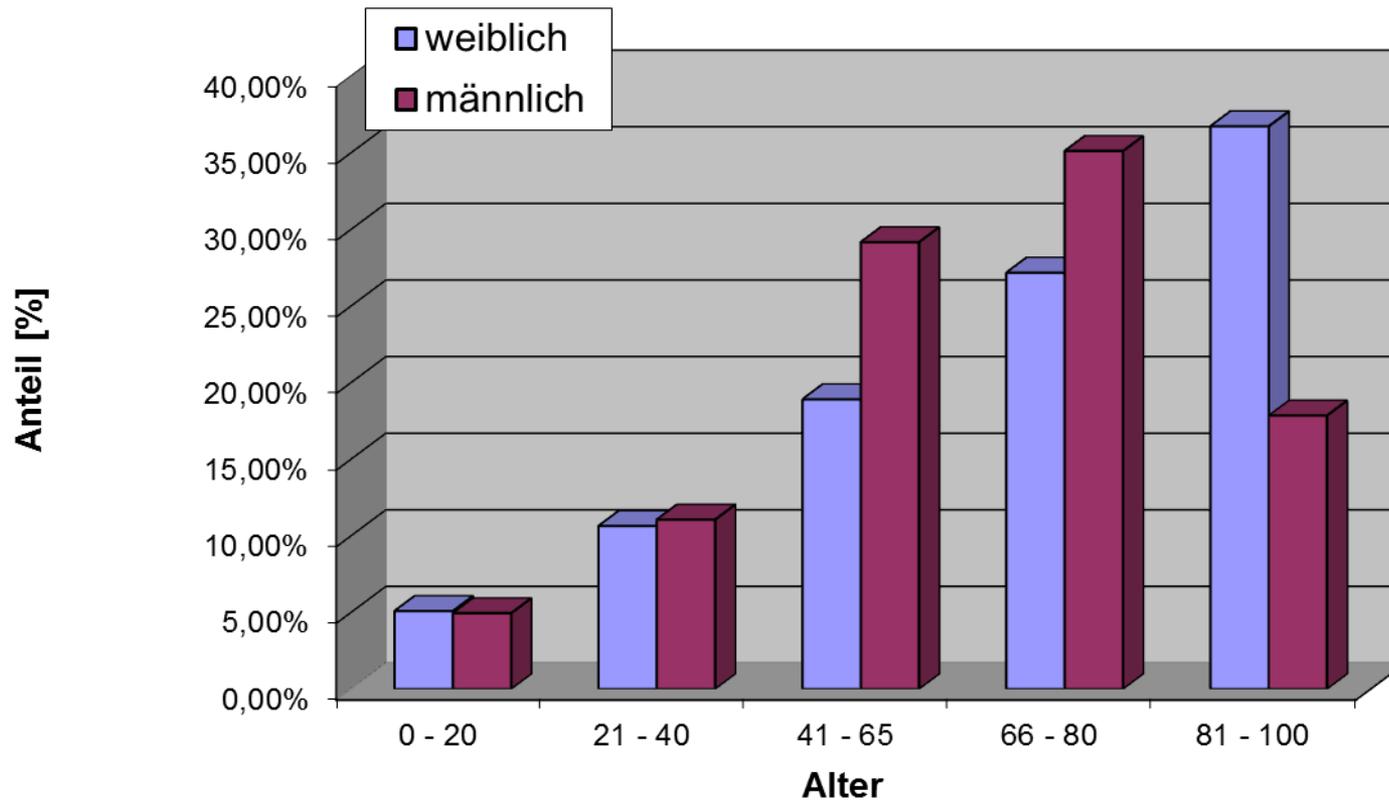
<sup>3</sup> Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Braunschweig

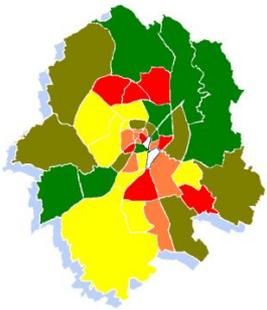
<sup>4</sup> Klinik für Anästhesiologie, Katholisches Klinikum Bochum

<sup>5</sup> Ärztliche Leitung Rettungsdienst, Berufsfeuerwehr der Stadt Münster

# Beeinflussen sozio- demografische Faktoren Notarzteinsätze?

## Altersverteilung





## Originalien

P. Engel<sup>1</sup> · T. Wilp<sup>2</sup> · R.P. Lukas<sup>1</sup> · U. Harding<sup>3</sup> · T.P. Weber<sup>4</sup> · H. Van Aken<sup>1</sup> · A. Bohn<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Arbeitsgruppe Forschung in der Notfallmedizin (AGFIN),  
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin,  
Universitätsklinikum Münster

<sup>2</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie,  
Charité Universitätsmedizin Berlin

<sup>3</sup> Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Braunschweig

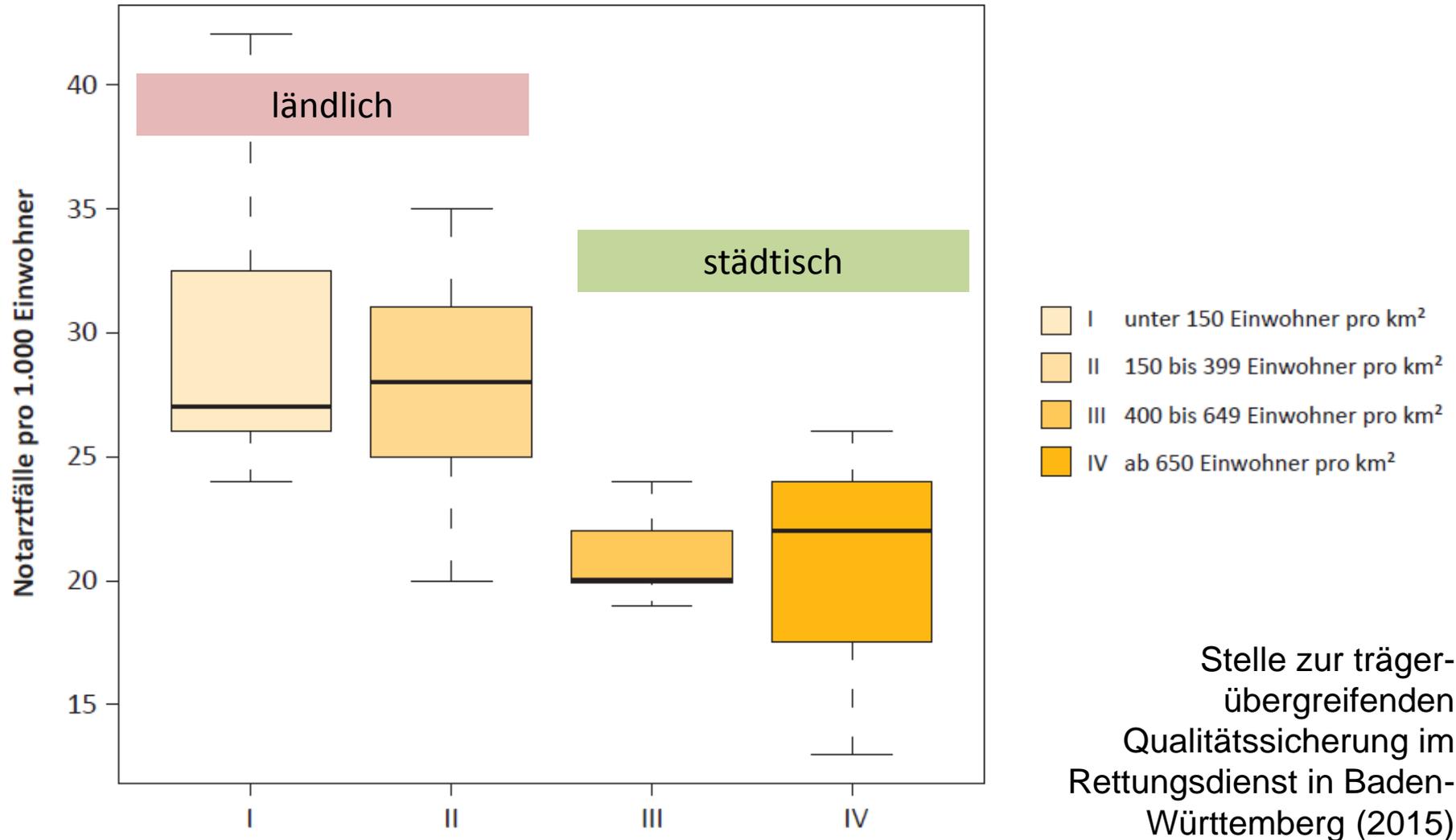
<sup>4</sup> Klinik für Anästhesiologie, Katholisches Klinikum Bochum

<sup>5</sup> Ärztliche Leitung Rettungsdienst, Berufsfeuerwehr der Stadt Münster

# Beeinflussen sozio- demografische Faktoren Notarzteinsätze?

- Bedürftigkeitsstruktur und Einsatzaufkommen **korrelieren**
- Mittelfristig ist aufgrund der demografischen Entwicklung von weiter **steigenden Einsatzzahlen** auszugehen

# Notarzt kompensiert fehlende Strukturen in ländlichen Regionen (Baden-Württemberg)



## Der Notarzt – vom Vitalfunktionsmediziner zum Akutmediziner

Van Ackern et al (2000) Anaesth & Intensivmed 41, 724

*„Unter der Vorstellung eines sich (...) ändernden Einsatzspektrums wird die für den Notarztdienst erforderliche Qualifikation (...) kontrovers diskutiert...“*

### Notfallmedizin

## Veränderte Einsatzrealität

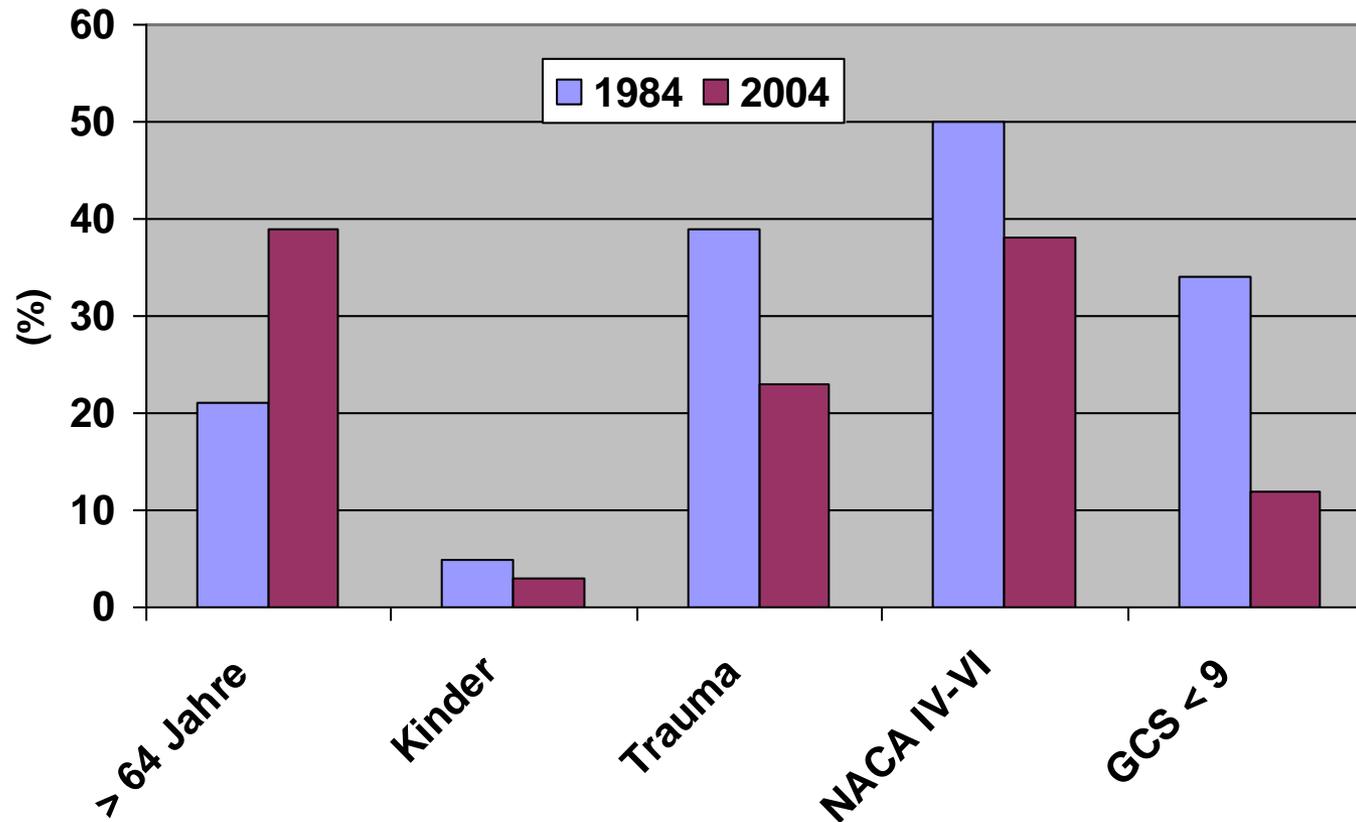
Psychiatrische Notfälle sind die dritthäufigste Einsatzursache für Notärzte. Die Kenntnisse im Umgang mit psychisch Kranken sind gering.

Pajonk FG, Madler C (2001) Deutsches Ärzteblatt 24: A160

# Wie hat sich das Patientenspektrum in den letzten Jahrzehnten geändert?

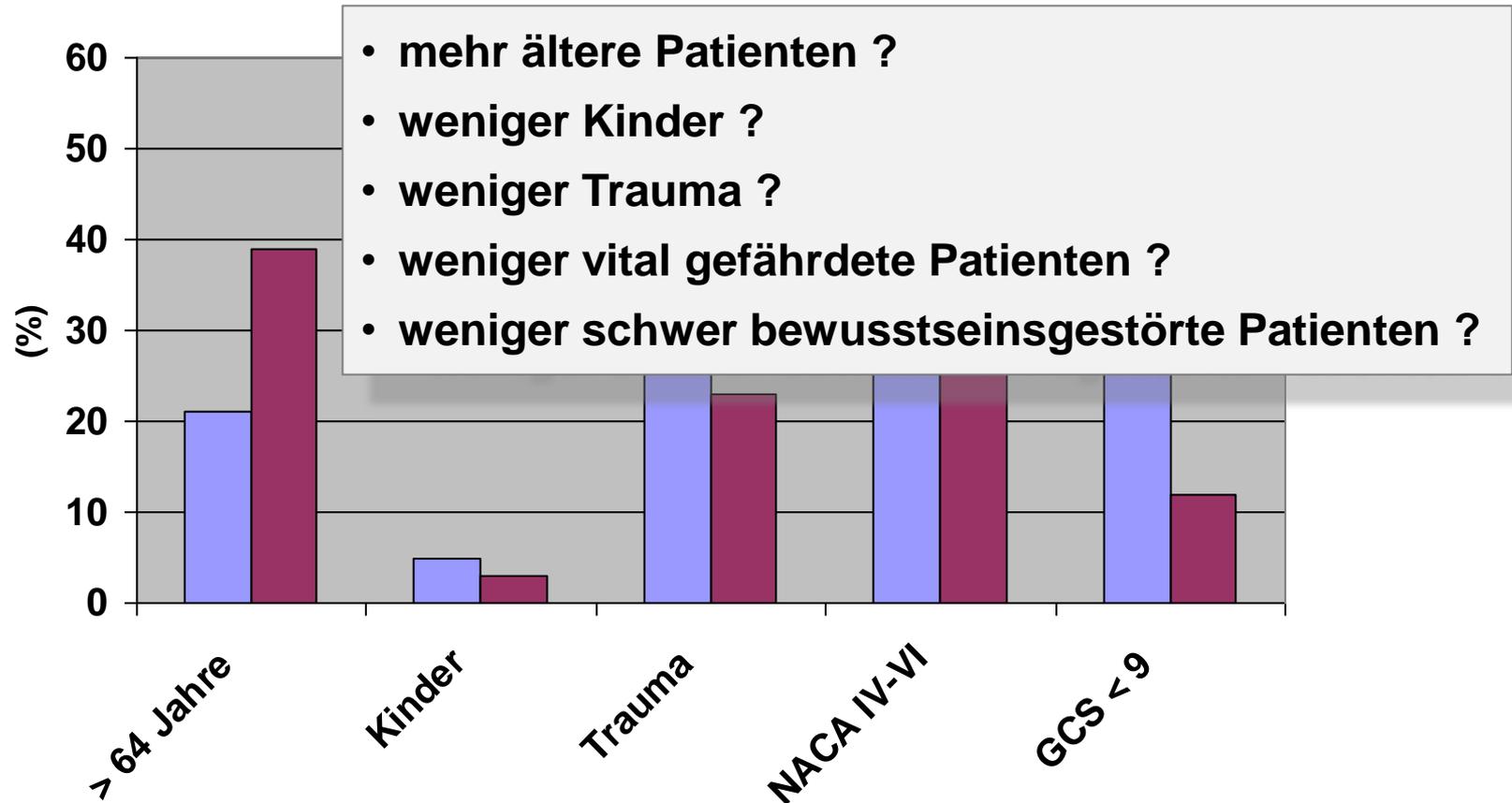
# Notarzdienst Heidelberg -

## Wie hat sich das Patientenspektrum geändert?



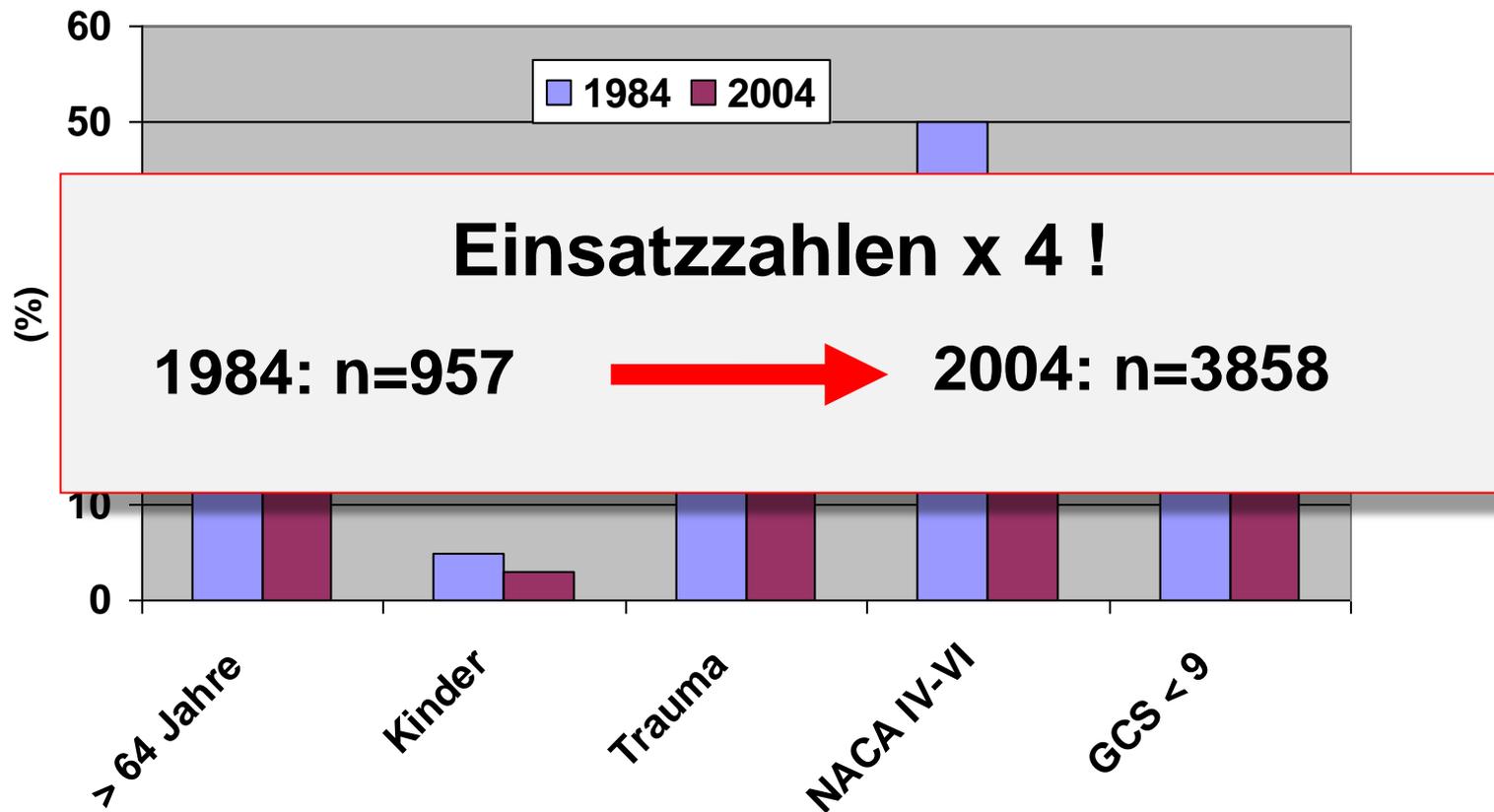
# Notarzdienst Heidelberg -

## Wie hat sich das Patientenspektrum geändert?



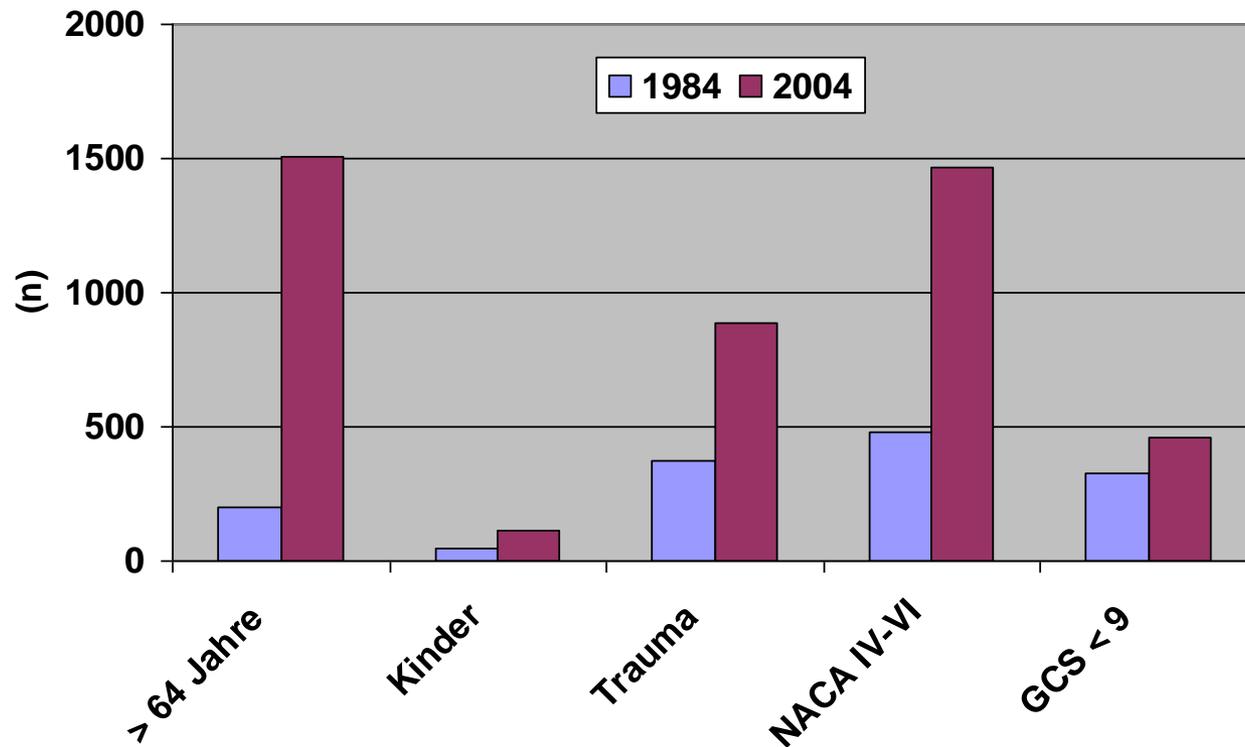
# Notarzdienst Heidelberg -

Wie hat sich das Patientenspektrum geändert?



# Notarzdienst Heidelberg -

Wie hat sich das Patientenspektrum geändert?



# Wandel! Wandel?

Die Entwicklung des Rettungsdienstes ähnelt der Zucht der „**Eierlegenden Wollmilchsau**“ – wird in dieser Hinsicht allerdings auch ähnlich wenig erfolgreich bleiben...



# Notfallsanitäter-Gesetz (NotSanG)

- **2014:** Dreijährige Ausbildung analog Krankenpflege
- RettAss: Ergänzungsausbildung / -prüfung
  - Fristablauf Ergänzungsprüfung: **31.12.2020**
- Hohe Kosten durch Fehlzeiten für Qualifizierung – **Regelung weiter offen**
- Pflicht auf RTW: Fristablauf in NRW: **31.12.2026**

## Tätigkeit Notfallsanitäter:

- **Eigenverantwortlich:** „invasive ärztliche Massnahmen“ bei fehlender ärztlicher Hilfe (§4.2.1c)
- **Mitwirkung:** Bundesgesetz definiert ärztliche Delegation von heilkundlichen Notfallmaßnahmen und deren Überwachung (§4.2.2c) durch Ärztliche Leitung Rettungsdienst: „*Durchführen heilkundlicher Massnahmen, die vorgegeben, überprüft und verantwortet werden*“.



# NRW: Ausbildungsinhalte werden zu Einsatzkonzepten

- SAA Invasive Massnahmen u.a.
  - Intravenöser / intraossärer Zugang
  - Atemwegssicherung
  - Nicht-invasive Beatmung CPAP/CPAP-ASB
  - Thoraxentlastungspunktion
  - Schrittmacher / Defibrillator / Kardioverter
- Medikamentöse Therapie u.a.
  - ASS, UFH
  - Adrenalin, Amiodaron, Atropin
  - Benzodiazepine
  - Glucose
  - Ketamin, Metamizol, Paracetamol, Butylscopolamin
  - Naloxon
  - Salbutamol, Steroide
  - Antihistaminika

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen



MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

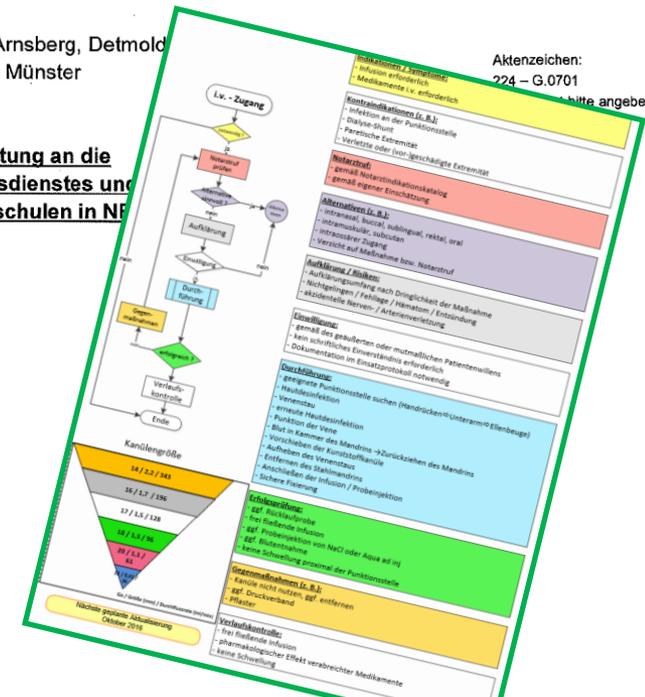
Seite 1 von 4

An die  
Bezirksregierungen Arnsberg, Detmold,  
Düsseldorf, Köln und Münster

m.d.B. um Weiterleitung an die  
Träger des Rettungsdienstes und  
die Rettungsdienstschulen in NRW

Aktenzeichen:  
224 – G.0701

Bitte angeben



Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW



# Haftungsrechtliche Fragen

- Delegation nach §4.2.2c NotSanG ohne ärztliche Anwesenheit / Nähe?
- Normierende Regelungen in Landesgesetzen möglich und erforderlich!
  - **Bayern** (Art. 12.6; ÄLRD: Delegation gem. §4.2.2c NotSanG)
  - **Berlin** (§5b.2; ÄLRD: Delegation heilkundlicher Massnahmen i.S.v. §4.2.2c NotSanG)
  - **Schleswig-Holstein** (§11; ÄLRD: Umsetzung der in §4.2.2c NotSanG Aufgaben)
- Regelungsbedarf Betäubungsmittelgesetz



- **Notfallsanitäter** werden in Zukunft als besser ausgebildet sein und mehr Kompetenzen haben
- Schwerpunkt der Ausbildung ist weiter das **Abwenden von Lebensgefahr**, nicht das Einschätzen einer **Behandlungsbedürftigkeit**. Hier ist kreative **Entwicklungsarbeit** zu leisten
- Der laufenden Umsetzung des Notfallsanitäter-Gesetzes muss ein **Qualifikationsschub der Notärzte** folgen

## **Einheitliche Notarzt- qualifikation:**

**Wie steht es 13 Jahre nach  
der Einführung um die Zusatz-  
weiterbildung Notfallmedizin?**

**Standardised qualification for emergency physicians:  
What is the situation 13 years after the introduction of an  
Additional Further Training in Emergency Medicine?**

F. Reifferscheid<sup>1,2,3</sup> · U. Harding<sup>2,3,4</sup>

© Anästh Intensivmed 2017;58:44-51

## Einheitliche Notarzt- qualifikation:

Wie steht es 13 Jahre nach  
der Einführung um die Zusatz-  
weiterbildung Notfallmedizin?

Standardised qualification for emergency physicians:  
What is the situation 13 years after the introduction of an  
Additional Further Training in Emergency Medicine?

F. Reifferscheid<sup>1,2,3</sup> · U. Harding<sup>2,3,4</sup>

© Anästh Intensivmed 2017;58:44-51



- nur noch mit Zusatzbezeichnung  
Notfallmedizin Tätigkeit im Notarztdienst  
möglich
- nur noch Zusatzbezeichnung  
Notfallmedizin  
Bestandschutz für Alt-Notärzte
- Fachkunde Rettungsdienst wird weiter  
erteilt und ermöglicht Tätigkeit im  
Notarztdienst



# Anforderung an den Rettungsdienst: **Status!**

- **RettG NRW:** „...hat die Aufgabe, bei Notfallpatienten **lebensrettende** Maßnahmen am Notfallort **durchzuführen**, deren **Transportfähigkeit herzustellen** und sie (...) in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu **befördern**“
- **NotSanG (Bund):** „Beurteilen des Gesundheitszustandes (...) Erkennen einer **vitalen** Bedrohung (...). Durchführen medizinischer Maßnahmen der **Erstversorgung** (...) Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen, um einer **Verschlechterung** der Situation (...) bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung **vorzubeugen** (...). Herstellen und Sichern der **Transportfähigkeit** “



# Anforderung an den Rettungsdienst: Zukunft?

19. Mai 2017

Pressemitteilung 02/2017

Bundesvereinigung  
der Arbeitsgemeinschaften  
Notärzte Deutschlands (BAND) e.V.



## Neustrukturierung der Notfallversorgung notwendig

### Notarzt kein Ersatz für den Hausarzt

**Nur 22% der Notfalleinsätze mit Blaulicht sind echte Notfälle. Vielfach wird die Notrufnummer 112 bei medizinischen Bagatellfällen gewählt.** Nicht nur bewusste falsche Angaben des Anrufers führen zum Notfalleinsatz, sondern schlicht Unwissen bezüglich des richtigen Ansprechpartners. Der Begriff des Notfalls im Gesundheitswesen ist vollkommen uneinheitlich und führt deshalb zu Fehldispositionen. Jährlich steigen bundesweit kontinuierlich die Notarzteinsätze um 5–7 %.

# Notaufnahmen

---

- 2005 12.000.000 Patientenkontakte
- 2015 25.000.000 Patientenkontakte
  
- Personelle Ressourcen und Infrastruktur nicht angepasst
- Wegfall von Standorten

# **Kommunikation**

## **Rettungsdienst - Krankenhaus**

---

MGEPA (2013)

Empfehlung zur Einrichtung von Notfallkoordinatoren

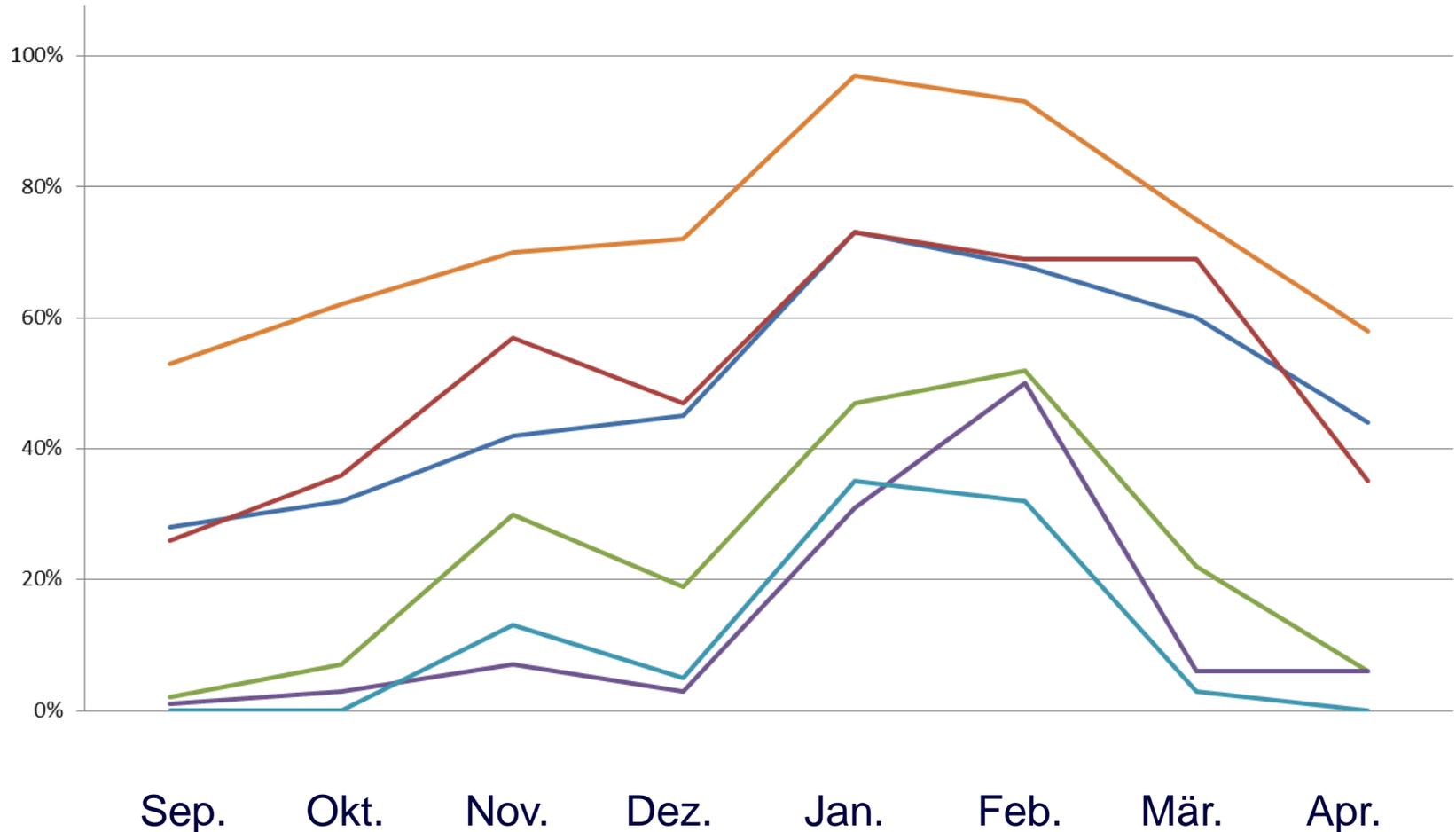
# Landesweite Krankenhaus- Kapazitätserfassung (IG-NRW)

IG NRW		Informationssystem Gefahrenabwehr NRW					
Krfr. Stadt Münster		Auswertung	Erfassung	Krankenhäuser	Benutzerverwaltung	Infos	Hilfe
Erfassung Übersicht Versorgungskapazitäten Übersicht Fachabteilungen Auswertung MANV-Tickets		<b>Übersicht über die Versorgungskapazitäten</b>					
← →		<u>Clemens</u>	<u>EVK</u>	<u>Franziskus</u>	<u>HJK</u>	<u>Raphaels</u>	<u>Uni</u>
<b>Traumazentrum</b>		<b>RTZ</b>	<b>LTZ</b>	<b>LTZ</b>	<b>LTZ</b>		<b>ÜTZ</b>
Notaufnahme / chirurgische / traumatologische Aufnahme							
Notaufnahme / konservative Notaufnahme							
Intensiv-Therapie / konservativ MIT Beatmungsmöglichkeit							
Intensiv-Therapie / konservativ OHNE Beatmungsmöglichkeit							
Intensiv-Therapie / operativ MIT Beatmungsmöglichkeit							
Intensiv-Therapie / operativ OHNE Beatmungsmöglichkeit							
Zusätzliche Ressourcen / Herzkatheter-Labor							
Zusätzliche Ressourcen / Stroke-Unit							
Zusätzliche Ressourcen / Computertomographie							
Spezielle Versorgung / pädiatrische Versorgung							
Spezielle Versorgung / geburtshilfliche Versorgung (Kreißaal)							
Chest Pain Unit / Kardiologie							
Neurologie / Intensivstation							



# Notaufnahme „ausgelastet“

Monats-Zeitanteil in % (Münster, Sep. 2016 – Apr. 2017)



# Bundesärztekammer „Mediation für gemeinsame Lösung“

## Thesenpapier zur Notfallversorgung

(Politisches) Argumentationspapier zur Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung in Deutschland

In den letzten zehn Jahren ist eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland zu verzeichnen. Der Anstieg auf rund 25 Millionen Patienten pro Jahr führt zu einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals in der Notfallversorgung. Übergeordnetes Ziel von Politik und Selbstverwaltung muss deshalb die Weiterentwicklung sektorenübergreifender Notfallversorgungsstrukturen sein.

### Notdienstpraxis

Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz angelegten Notdienstpraxen sind ein wichtiges Element sektorenübergreifender Notfallversorgungsstrukturen. Bedarf und Ansiedlung einer Notdienstpraxis sollten durch die regionalen Vertragspartner vereinbart werden. Eine Ansiedlung von Notdienstpraxen an allein in der Notfallversorgung beteiligten Kliniken ist derzeit nicht realistisch. Notwendig sind vielmehr eine intensive Kooperation zwischen den Notaufnahmen in Kliniken und den vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen sowie der Ausbau der Kooperation mit den Arztnotrufzentralen, Leitstellen und Fahrdiensten.

### Einschätzung der medizinischen Dringlichkeit (Triage)

Die Implementierung eines übergreifenden und für Rettungsdienste, Notdienstpraxen und Notaufnahmen sowie die telefonischen Anlaufstellen soweit wie möglich identischen Triage-Systems ermöglicht eine zielgerechtere Versorgung sowie eine Reduktion von Wartezeiten, Überlastung des qualifizierten Personals und medizinisch verzichtbaren stationären Aufnahmen.

### Wettbewerb/Daseinsvorsorge

Die Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung ist ein entscheidendes Element der Daseinsvorsorge. Ein ökonomisch bedingter Wettbewerb in diesem Segment ist nicht erstrebenswert.

Mittel für diesen Versorgungsbereich sind nicht nur aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, sondern auch durch ergänzende Investitionen von Ländern und Kommunen zu unterstützen.

### Qualität

Für die Sicherung einer hochwertigen sektorenübergreifenden Notfallversorgung ist eine ausreichende Präsenz darauf vorbereiteter Ärzte und der mit ihnen kooperierenden medizinischen Fachberufe unerlässlich. Bei der Entwicklung von Indikatoren für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung müssen regionale Spezifika der Notfallversorgung berücksichtigt werden. Die endgültige Ausgestaltung der neu zu schaffenden Rahmenbedingungen sollte der Expertise der Partner vor Ort vorbehalten bleiben. Die gemeinsamen Landesgremien nach § 90 a SGB V können hier einen entscheidenden Beitrag leisten. Die Umsetzbarkeit von zukünftigen Qualitätsvorgaben des G-BA, insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, muss bundesweit durch eine kostendeckende und vollständige zusätzliche Gegenfinanzierung sichergestellt werden.

### Patienteninformation

Viele Behandlungen der Regelversorgung und daraus resultierende Wartezeiten in der Notfallversorgung wären vermeidbar, wenn ein verbessertes Verständnis über Funktionen und Abläufe einer Notaufnahme bereits im Vorfeld vermittelt werden könnte. Notwendig ist eine von den Akteuren gemeinsam entwickelte und von den Krankenkassen finanzierte Informations- und Aufklärungskampagne über die richtige Nutzung von Notfalleinrichtungen sowie über neue sektorenübergreifende Versorgungsangebote. Auf diesem Wege soll auch die bundesweit einheitliche Bereitschaftsdienstnummer 116117 verstärkt bekannt gemacht werden.

### Zukunftssichere Gestaltung der Finanzierung

Finanzierungsgrundlage wird das 3,5 Milliarden Euro umfassende Kommunalinvestitionsförderungsgesetz (KInvFG) vom 30. Juni 2015 angesehen. Dies umfasst insbesondere die an Bedeutung zunehmender Infrastruktur der Schnittstellen des ambulanten und stationären Gesundheitswesens. Innovative Konzepte zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung und zur Sicherung der medizinischen Daseinsvorsorge sind auch bei den Antragsverfahren zum neu geschaffenen Innovationsfonds sowie bei der Vergabe von Forschungsprojekten der Forschungs- und Wissenschaftsministerien auf Bundes- und Landesebene stärker als bisher zu berücksichtigen. Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz implementierte Strukturfonds (§§ 12–15 KHG) bietet zur Deckung des sektorenübergreifenden Reformbedarfs eine erste gute Option. Da die Anträge zum Strukturfonds durch die Bundesländer gestellt werden, kommt diesen hier eine besondere Bedeutung zu.

Wesentlich ist: die Finanzierung eines sektorenübergreifenden Not- und Bereitschaftsdienstes sollte aufgestockt werden (anfänglich um 500 Millionen Euro/Jahr) und zukünftig extrabudgetär erfolgen. Entsprechende Regelungen sind in einem neuen Koalitionsvertrag vorzusehen.

### Rechtliche Rahmenbedingungen

Zumindest solange weder eine bundesweite Gesetzgebung für die sektorenübergreifende Notfallversorgung noch eine hinlänglich konsentrierte Definition des Notfallbegriffs besteht, ist für die in Notdienstpraxen und Notaufnahmen tätigen Ärztinnen und Ärzte mindestens eine umfassende haftungsrechtliche Absicherung zu gewährleisten.

### Sicherheit des Personals

Angesichts steigender Wartezeiten haben Aggressionen und Übergriffe von Patienten und Angehörigen auf Ärzte und medizinische Fachkräfte zugenommen.

# Thesenpapier zur Notfallversorgung

---

- Notdienstpraxen an Krankenhäusern
- Normierte Triage (Rettungsdienst + Krankenhäuser)
- Exklusion des Segments „Notfall“ aus dem Wettbewerb
- Patienteninformation über „Notfall-Definition“
- Finanzierung sicherstellen
- Rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. Wartezeit)
- Sicherheit des Personals
- Qualitätsberichte / Rückmeldungen (NRW RettG §7a).

19.04.2017 | Leitthema | Ausgabe 5/2017

## Zukunft der Notfallmedizin in Deutschland 2.0

Prof. Dr. med. A. Gries, M. Bernhard, M. Helm, J. Brokmann, J.-T. Gräsner



„Notfallmedizin wird nicht mehr als im Wesentlichen außerhalb der Klinik stattfindend verstanden, sondern als **Prozesskette** vom Notfallort bis zur Therapie in der Klinik“

**Gesetz**  
**über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung**  
**und den Krankentransport durch Unternehmer**  
**(Rettungsgesetz NRW - RettG NRW)**



**§7a:** „Die Träger des Rettungsdienstes wirken darauf hin, dass geeignete **Qualitätsmanagementstrukturen** geschaffen werden. Diese sollen (...) anhand einer differenzierten Datenerfassung und -auswertung eine regelmäßige Analyse der **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** des Rettungsdienstes ermöglichen, um daraus etwaige **Verbesserungen** zu ermitteln und deren **Umsetzung** zu realisieren.

Das (...) Ministerium wird beauftragt, hierzu gemeinsam mit den Ärztekammern, den Fachverbänden der Ärzte im Rettungsdienst, der Krankenhausgesellschaft sowie den Kommunalen Spitzenverbänden die dazu notwendigen **Dokumentationserfordernisse** zu entwickeln.“

Notfall Rettungsmed  
DOI 10.1007/s10049-016-0187-0  
© Der/die Autor(en) 2016 . Dieser Artikel ist  
eine Open-Access-Publikation.



CrossMark

**M. Fischer<sup>1,2</sup> · E. Kehrberger<sup>1,3</sup> · H. Marung<sup>4,5</sup> · H. Moecke<sup>5</sup> · S. Prückner<sup>6</sup> ·  
H. Trentzsch<sup>6</sup> · B. Urban<sup>6</sup> · Fachexperten der Eckpunktepapier-Konsensus-Gruppe**

<sup>1</sup> Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (agswn), Filderstadt, Deutschland

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinik am Eichert, Göppingen, Deutschland

<sup>3</sup> Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Kreiskliniken Esslingen – Paracelsus-Krankenhaus, Ruit, Deutschland

<sup>4</sup> Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

<sup>5</sup> Institut für Notfallmedizin (IfN), Asklepios Kliniken Harburg, Hamburg, Deutschland

<sup>6</sup> Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

# Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik



# Beschränkung: *„Pars pro toto“*

- Eckpunktepapier beschreibt QM-Ziele für die „Tracerdiagnosen“
  - Herzinfarkt
  - Schlaganfall
  - Schädel-Hirn-Trauma / Polytrauma
  - Reanimation
  - Sepsis
- Standards für die Arbeit von Leitstelle, Rettungsdienst, Notarzt und Zielkrankenhaus werden definiert



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

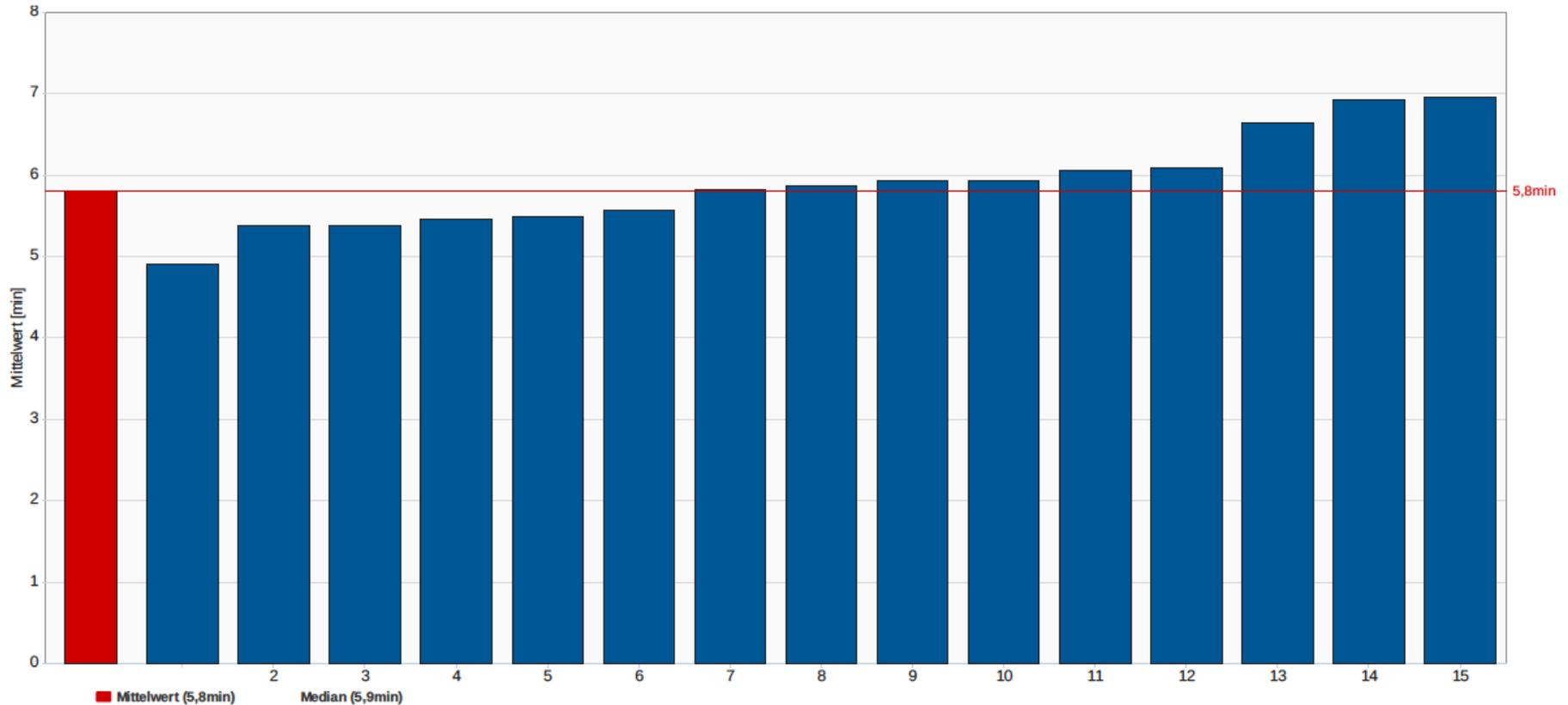
# Deutsches Reanimations- register



Bundesministerium  
für Gesundheit



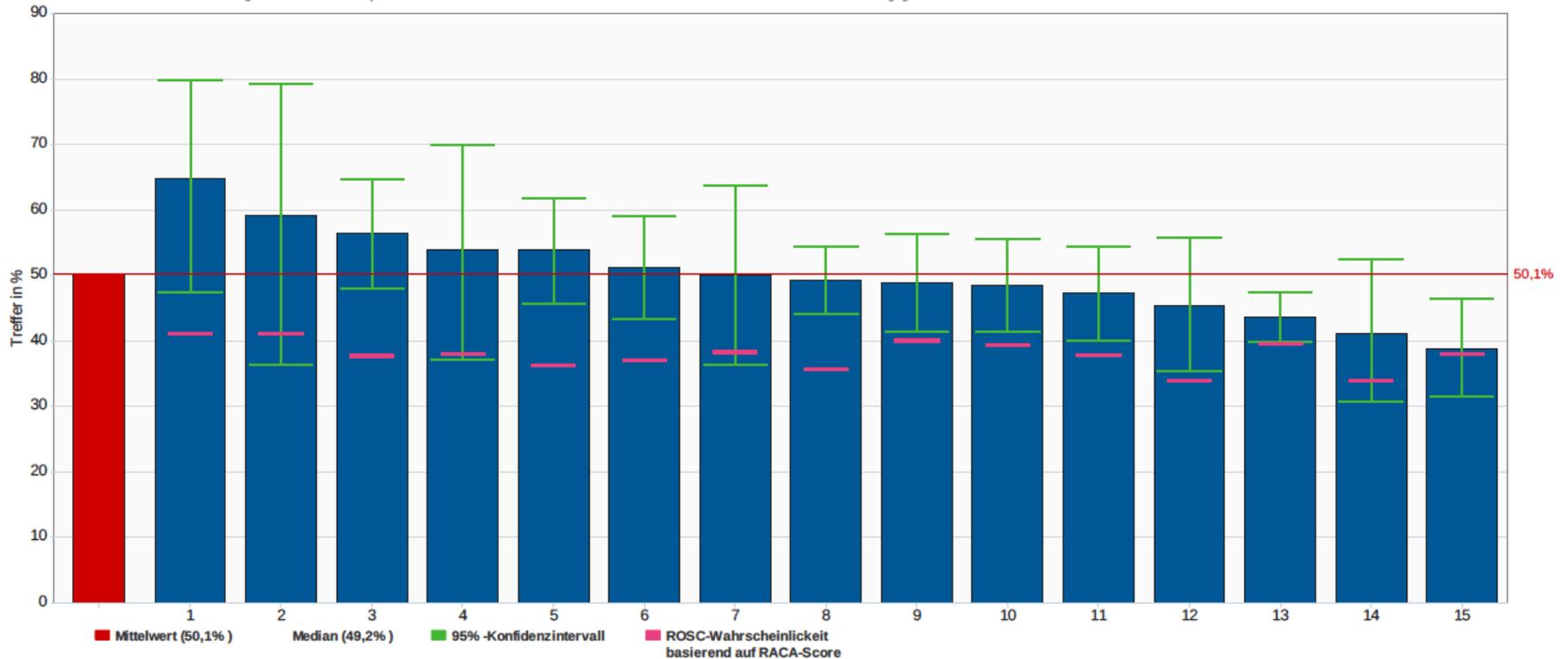
## 15 Rettungsdienste aus NRW



Eintreffen des Rettungsdienstes bei Kreislaufstillstand



## 15 Rettungsdienste aus NRW



## Erfolgreiche Wiederherstellung eines Kreislaufes

# Aktuelle Diskussionen



Ärzte Zeitung online, 17.05.2017  
Kommentieren (0) ☆☆☆☆☆  
116.117 [Twittern](#)

## KV Hessen kurbelt Werbung an

Die KV Hessen will die 116.117 bekannter machen: mit Werbematerial und einer App. Doch auch die Kliniken werden in die Pflicht genommen.

Von Jana Kötter

**FRANKFURT/MAIN.** In Hessen niedergelassene Hausärzte und grundversorgende Fr erhalten in den kommenden Tagen Post von der KV: Am Freitag sollen die ersten Informationspakete zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) mit je einem Wartezeitm 500 Postkarten sowie Visitenkarten versendet werden. Sie sind Teil der neuen Informationskampagne "116.117 – Die Nummer, die hilft" der KV Hessen.

"Offensichtlich wissen viele Patienten nicht oder nicht mehr, wer im Fall einer Erkrar richtige Ansprechpartner ist", erklärte Dr. Klaus-Wolfgang Richter, Vorsitzender de Vertreterversammlung, am Dienstag bei der Vorstellung der Kampagne. Mit den V aber auch der eigenen App will die KV Patienten daher quasi Nachhilfe in Sacher ambulanten Versorgung geben. Die iOS-App zum ÄBD, die unter dem Stichwort "Bereitschaftsdienst Hessen" gefunden werden kann, soll bald durch eine Andro werden. In einem nächsten Schritt sei es auch denkbar, Apotheken, Rathäuser i Werbematerialien auszustatten.



Ärzte Zeitung online, 30.06.2017  
Kommentieren (0) ★★★★★ [Twittern](#)

## KV-Chefin übt angesichts voller Notaufnahmen Selbstkritik

Volle Notaufnahmen, kaum Mittel zur Patientensteuerung: Schleswig-Holsteins KV-Vorsitzende Dr. Monika Schifflke sieht auch die niedergelassenen Ärzte in der Pflicht.  
Von Dirk Schnack



Die Notaufnahme – für viele Patienten bei Gesundheitsproblemen eine beliebte Anlaufstelle.

suchen...

Leserfavornen  
gelesen versendet gesucht kommentiert

- > Krebstherapien: Ist die Art des Tumors bald egal?
- > Gripeschutz: Impfen mit Pflaster statt Spritze
- > Lob aufs Landleben: Mein Ausweg aus dem Hamsterrad
- > Gastbeitrag: Persönliche Validierung statt Anwesenheit im Speziallabor?
- > Fibromyalgie: Schmerzverarbeitung unter der Lupe
- > Medikationsrisiko Opiode: Das Herz älterer COPD-Patienten reagiert empfindlich

Gefällt mir 13.860  
[@aerztezeitung folgen](#) 15,5 Tsd. Follower  
Folgen 1,0k

Neue Beiträge zu

- > Berufspolitik
- > Gesundheitswirtschaft
- > Krankenkassen
- > Organspende
- > Pflege
- > Politik & Gesellschaft

# „Was ist ein Notfall?“

---

- 84j ♂ allein lebend, Atemwegs-Infekt  
„Mit Vater stimmt etwas nicht, er muss ins Krankenhaus beim letzten Mal war KTW da, den wollte die Kasse danach nicht zahlen“

# „Was ist ein Notfall?“

---

- 84j ♂ allein lebend, Atemwegs-Infekt  
„Mit Vater stimmt etwas nicht, er muss ins Krankenhaus beim letzten Mal war KTW da, den wollte die Kasse danach nicht zahlen“
- 72j ♂ COPD, Sauerstoff, AZ. verschlechtert  
„Ich fahre meinen Mann nicht, beim letzten Mal wartete er zwei Stunden ohne Sauerstoff, beim RTW geht's schneller“

# „Was ist ein Notfall?“

---

- 84j ♂ allein lebend, Atemwegs-Infekt  
„Mit Vater stimmt etwas nicht, er muss ins Krankenhaus beim letzten Mal war KTW da, den wollte die Kasse danach nicht zahlen“
- 72j ♂ COPD, Sauerstoff, AZ. verschlechtert  
„Ich fahre meinen Mann nicht, beim letzten Mal wartete er zwei Stunden ohne Sauerstoff, beim RTW geht's schneller“
- 52j ♀ Oberbauchschmerzen seit Tagen  
Hatte schon einen Infarkt, Leitstelle befürchtet Infarkt, sendet Notarzt

# „Was ist ein Notfall?“

---

- 84j ♂ allein lebend, Atemwegs-Infekt  
„Mit Vater stimmt etwas nicht, er muss ins Krankenhaus beim letzten Mal war KTW da, den wollte die Kasse danach nicht zahlen“
- 72j ♂ COPD, Sauerstoff, AZ. verschlechtert  
„Ich fahre meinen Mann nicht, beim letzten Mal wartete er zwei Stunden ohne Sauerstoff, beim RTW geht's schneller“
- 52j ♀ Oberbauchschmerzen seit Tagen  
Hatte schon einen Infarkt, Leitstelle befürchtet Infarkt, sendet Notarzt
- 37j ♂ Bewusstseinsstörung hinterm Bahnhof  
Polizei lehnt Gewahrsam ab, im KH bereits 2x Selbstentlassung

# „Was ist ein Notfall?“

---

- 84j ♂ allein lebend, Atemwegs-Infekt  
„Mit Vater stimmt etwas nicht, er muss ins Krankenhaus beim letzten Mal war KTW da, den wollte die Kasse danach nicht zahlen“
- 72j ♂ COPD, Sauerstoff, AZ. verschlechtert  
„Ich fahre meinen Mann nicht, beim letzten Mal wartete er zwei Stunden ohne Sauerstoff, beim RTW geht's schneller“
- 52j ♀ Oberbauchschmerzen seit Tagen  
Hatte schon einen Infarkt, Leitstelle befürchtet Infarkt, sendet Notarzt
- 37j ♂ Bewusstseinsstörung hinterm Bahnhof  
Polizei lehnt Gewahrsam ab, im KH bereits 2x Selbstentlassung
- 25j ♀ Kollaps am Arbeitsplatz – Kollegen drängen auf KH  
„Wir können die Verantwortung nicht übernehmen“

# Welche Möglichkeiten hat der „Notfallpatient“?

Rettung [RettG] (**mobiler / immobil**er Notfall-Patient)

1



Hausbesuch bei akuter Erkrankung (**immobiler** Patient) [§75 SGB V]

2



Arztbesuch bei akuter Erkrankung (**mobiler** Patient) [§75 SGB V]

Aufgabe: „Transport“ [RettG]

3



Krankenhaus bei akuter Erkrankung (**mobiler** Patient) [Krankenhausgesetz]

# Welche Möglichkeiten hat der „Notfallpatient“?

Rettung [RettG] (mobiler /  
immobiler Notfall-Patient)

1



Hausbesuch bei akuter Erkrankung  
(immobiler Patient) [§75 SGB V]

2



Arztbesuch bei akuter Erkrankung  
(mobiler Patient) [§75 SGB V]

3



Krankenhaus bei akuter Erkrankung  
(mobiler Patient) [Krankenhausgesetz]

Notfall- / Akutfall-Äquator

# Welche Möglichkeiten hat der „Notfallpatient“?

Hilfsfrist  
[RettG]

Versorgungslücke  
von ca. 1-2 Std.

Hausbesuch bei akuter Erkrankung  
[§75 SGB V]



Arztbesuch bei akuter Erkrankung  
[§75 SGB V]



Krankenhaus bei akuter Erkrankung  
[Krankenhausgesetz]

Hilfsfrist  
[RettG]

Versorgungslücke  
von ca. 1-2 Std.

Hausbesuch bei akuter Erkrankung  
[§75 SGB V]



Abgrenzung von Symptom /  
Erkrankung? Übernahme von  
Verantwortung? Rechtsschutz?  
Zugewiesene Zuständigkeit?  
Gestuftes Versorgungssystem?  
**Schlüssel zum Stoppen der  
steigenden**

**Rettungsdienstesätze**

Krankenhaus bei akuter Erkrankung  
(ambulant) [Krankenhausgesetz]

mod. nach Lechleuthner, Wesolowski. Brandschutz 2015

# Derzeit liegt der Schlüssel beim Patienten...

---

- Patient muss Entscheidung über „Versorgungsweg“ treffen
- „Notdienst-Paradoxon“
- „116 117“ vs. „112“
  - ungleiche Zielsetzung
  - unabgestimmte „Triage“
  - Rückverweisung an „112“
  - undefinierte Zuständigkeiten

# Rettung 2017

## Fazit

Wo stehen die Rettungsdienste und wo geht es hin?

---

- steigende Einsatzzahlen fordern alle Beteiligten heraus
  - neue Antworten finden
  - Rettung aus Lebensgefahr nicht gefährden
- neue Chancen mit dem Notfallsanitäter nutzen
- Notärzte leistungsfähig halten
- QM-§7a RettG nutzen und Rettungsdienst entwickeln
- Sektorenübergreifende Akutversorgung unter Einbeziehung des Rettungsdienstes organisieren

# Rettung 2017

## Fazit

Wo stehen die Rettungsdienste und wo geht es hin?

---

- steigende Einsatzzahlen fordern alle Beteiligten heraus
  - neue Antworten finden
  - Rettung aus Lebensgefahr nicht gefährden
- neue Chancen mit dem Notfallsanitäter nutzen
- Notärzte leistungsfähig halten
- QM-§7a RettG nutzen und Rettungsdienst entwickeln
- Sektorenübergreifende Akutversorgung  
des Rettungsdienstes

**Der Rettungsdienst ist kein Problem, er löst Probleme!**

[bohna@stadt-muenster.de](mailto:bohna@stadt-muenster.de)

