



Gemeinde- Notfallsanitäter

Ein gemeinschaftliches Projekt von



Kreisverband
Cloppenburg e.V.



Weitere Partner und Ermöglicher:

AOK Niedersachsen, VdEK Niedersachsen, Nds. Ministerium für Inneres und Sport,
Großleitstelle Oldenburger Land AÖR, Feuerwehr- und Rettungsleitstelle Vechta,
Klinikum Oldenburg AÖR, Universität Oldenburg, Universität Maastricht

Ambulante Notfallversorgung in Deutschland – verloren zwischen den Sektoren...

... und wie Gemeindefallsanitäter zur Entlastung der Notfallressourcen beitragen können

Dr. Insa Seeger, Dr. Andreas Klausen, Andrea Klausen, Dr. Ulf Günther

Wer sind wir?

Walter Rempe

42 Jahre alt

verheiratet

2 Kinder

Bereichsleiter Rettungsdienst beim
DRK Cloppenburg



Organisatorischer Leiter für den
Landkreis Cloppenburg

Wer sind wir?



Marcel Bittroff

36 Jahre alt

Gemeindenotfallsanitäter

Gemeindenotfallsanitäter - die Lösung?



Qualifikation/Aus- und Fortbildung

- Ausbildung zur/m Notfallsanitäter/in
- 5 Jahre Berufserfahrung im Rettungsdienst
- Mindestalter 25 Jahre
- Ggf. Zusatzqualifikationen (z.B. Pflege) wünschenswert

**12 wöchiges Trainingsprogramm inkl.
Praktika und Hospitationen**

Schulische Ausbildung

Weiterbildungs- bereich	Inhalte	Stundenansatz
1	Das Tätigkeitsfeld des Gemeindenotfallsanitäters verstehen und erklären	8
2	Die vorgefundene Lage erkennen und bewerten	20
3	Medizinische und pflegerische Versorgungsmaßnahmen durchführen	56
4	Notfallmedizinische Maßnahmen bis zum Eintreffen weiterer Rettungsmittel durchführen	16
5	Rechtliche und Organisatorische Vorgaben bei den eigenen Entscheidungen berücksichtigen	16
6	Angemessene Kommunikation mit dem Patienten und anderen an dem Einsatz beteiligten Personen, agiert deeskalierend und respektiert die Bedürfnisse und Wünsche Betroffener	44
7	Vertiefung der in den Praxiseinsätzen erworbenen Kenntnisse (findet nach den Praxiseinsätzen statt) Abschlussprüfung	40

Praktika & Hospitationen

Praxiseinsätze á 280 Std.

- Gemeindenotfallsanitäter 32 Std.
- Hausarztpraxis 80 Std.
- Gerontologische Station/Einrichtung der Altenpflege 40 Std.
- Durchgangsarztpraxis / Chir. Ambulanz 40 Std.
- Urologische Einrichtung 40 Std.
- Gemeindepsychiatr. Zentrum/sozialpsychiatr. Dienst 40 Std.
- Leitstelle 8 Std.

Wichtig zu wissen...

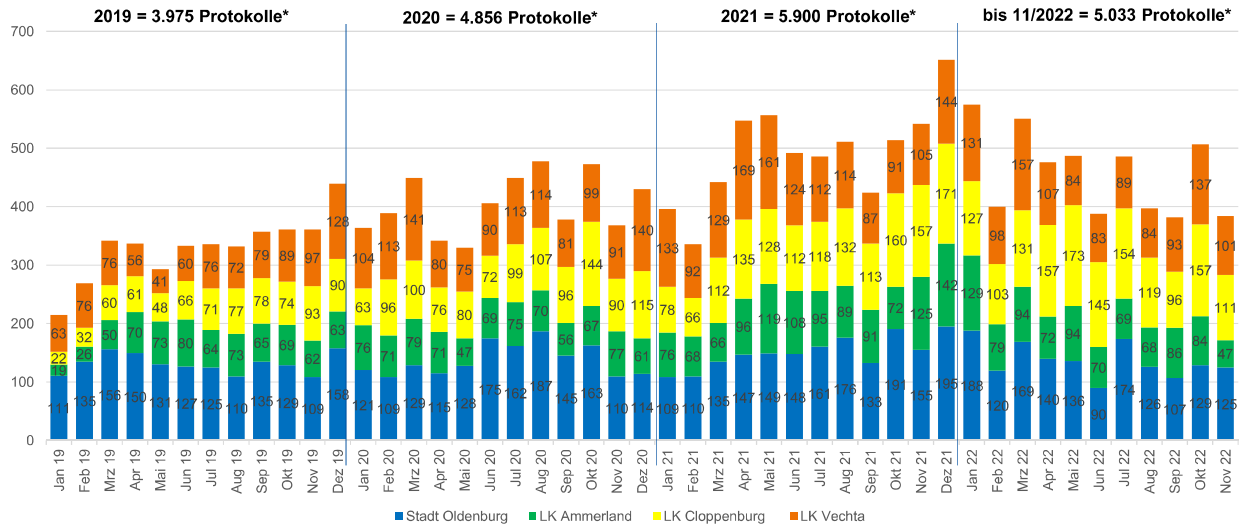
- Gemeindefallsanitäter sind keine unabhängige Berufsgruppe
- die Integration von Gemeindefallsanitätern muss an den Bedarf und den regionalen Erfordernissen angepasst werden
- Arbeiten unter der medizinischen Aufsicht eines Arztes, i.d.R. dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst
- Behandlungsrichtlinien/ Algorithmen bilden die Grundlage für die Tätigkeit
- Gemeindefallsanitäter sind alleine am Einsatzort tätig
- fordern bei Bedarf ein Rettungsmittel nach
- werden auch als First Responder alarmiert

Nutzen

- Effiziente Nutzung der bestehenden Ressourcen im außerklinischen sowie aller nachgelagerten Sektoren im Gesundheitssystem.
- Ressourcenschonender Einsatz der Rettungsmittel und damit Abnahme der Gesamteinsatzzahlen im Rettungsdienst (zielgerichtete Disposition, weniger Fehlalarmierungen).
- Koordinierte und integrierte Versorgung mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, Altenheimen und Gesundheitsämtern.
- Unterstützung/Entlastung der Ressource Ärztlicher Bereitschaftsdienst (116 117).
- Verringerung der Gesamtkosten innerhalb des Gesundheitssystems, insbesondere im außerklinischen Versorgungssystem.

Entwicklung GNFS-Einsätze 2019 – 2022

Basis: GNFS-Protokolle



*Die Zahlen beinhalten auch First-Responder-Einsätze, Fehlfahrten, Corplus-Lieferung. Diese werden in der Auswertung nicht berücksichtigt.



Gemeinde- Notfallsanitäter

Auswertung der Gemeindenotfallsanitäter-Einsatzprotokolle

Januar – Dezember 2021

(im Vergleich mit den Jahren 2019 & 2020)

Hinweise und Erläuterungen zur Auswertung

- In die Auswertung einbezogen wurden:
Jan – Dez 2021 = 5.491 GNFS-Protokolle
- Ausgeschlossen wurden Protokolle mit dem Hinweis „First Responder“-Einsätze sowie Fehlfahrten/Abbruch durch GOL.
- Die Auswertung erfolgte mit IBM SPSS 27.
- Gemäß Ethikvotum und Datenschutzrichtlinien dürfen nur Einsatzdatum, Geburtsjahr und Geschlecht erfasst werden (→ bei der Berechnung des Alters wurde davon ausgegangen, dass die Patienten den Monat Dezember lebend vollenden).

4522349841 **Protokoll Gemeinde-Notfallsanitäter Version 1.6**  Gemeinde-Notfallsanitäter

Einsatznummer	Einsatzdatum	First Responder	Geburtsjahr	weiblich	Pat. aus Pflegeheim
		Unterstützung RD		männlich	häusliche Pflege
		Supervisor		divers	nicht pflegebedürftig

Ablehnung Studienteilnahme: Wiederkehrer Pat. lehnt Studienteilnahme ab Pat. nicht teilnahmefähig

Häusliche Versorgung: sichtbar machbar dauerhaft kaum möglich nicht zu beurteilen

BEIKE (in den KÜBISCHEN): Ja: Notfalllose im Kühlschrank Nein

PfZ: 0 Keine Dringlichkeit (kein Transport in eine Behandlungseinrichtung notwendig) 1 Sofortige Intervention im Krankenhaus, sofortiger Arztkontakt z.B. Schockraum / Stroke Unit 2 Stationäre Aufnahme wahrscheinlich, aber kein unmittelbarer Handlungsbedarf (Aufenthaltsort) 3 Vermutlich ambulante Behandlung ausreichend oder Ausschlussdiagnostik (Aufenthaltsort)

Maßnahmen: Beratungspersonal Hilfe bei Selbstmedikation Wundversorgung Urinstitx Vitalparameter sonst. ärztliche Expertise hinzugezogen

Telemedizin: Telemedizin wurde genutzt Telemedizin hat die Entscheidung beeinflusst Telemedizin erforderlich in Einsatzort (KV-Notdienst, Hausarzt) Telemedizin-Beratung hat zur Nachforderung eines Rettungsmittels geführt

Transport: Transport mit RTW Transport mit Mietwagen / Taxi Nachforderung NEF Transport mit Rollstuhltransport Transport mit KTW privater Transport Begleitung eines Notfalltransports Anforderung GNFS durch KTW / RTW / N-KTW kein Transport notwendig Taxi hätte KTW-/RTW-Transport ersetzt

Empfehlung: Vorstellung beim Hausarzt Vorstellung beim KV-Bereitschaftsdienst Vorstellung in der Notaufnahme Vorstellung Psychiatrie/psychiatr. Dienst

Bewertung: Hausarzt wurde vorher vom Patienten kontaktiert KV-Bereitschaftsdienst wurde vorher vom Patienten kontaktiert Kontakt zum Hausarzt / KV-Bereitschaftsdienst nicht ausreichend (Bitte Grund angeben):

Hausarzt: Überlastung Hausarztpraxis Pat. an 112 verwiesen HA vom Pat. nicht erreicht HA vom GNFS kontaktiert HA vom GNFS nicht erreicht Kein Versuch vom GNFS der Kontaktaufnahme Hausarzt/KV-Bereitschaftsdienst Kein Versuch vom Patienten der Kontaktaufnahme Hausarzt/KV-Bereitschaftsdienst

KV-Bereitschaftsdienst: Überlastung KV-Bereitschaftsdienst Pat. an 112 verwiesen KV-Bereitschaftsdienstpraxis vom Pat. nicht erreicht KV-Bereitschaftsdienstpraxis vom GNFS kontaktiert KV-Bereitschaftsdienstpraxis vom GNFS nicht erreicht

Kategorie: Einsatz wurde nach Einschätzung des GNFS durch die Leitstelle richtig kategorisiert Einsatz wurde nach Einschätzung des GNFS durch die Leitstelle zu hoch kategorisiert Einsatz wurde nach Einschätzung des GNFS durch die Leitstelle zu niedrig kategorisiert

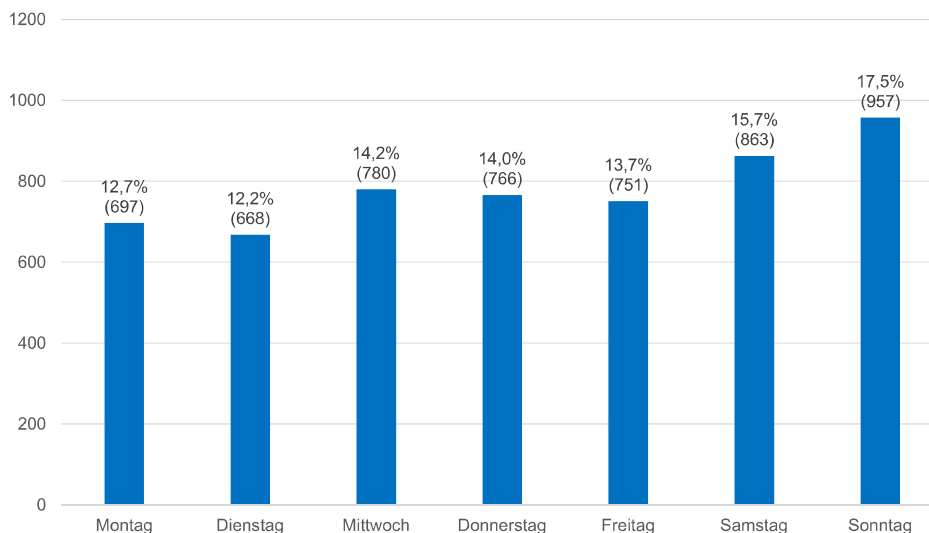
woher ja, wäre telefonischer Patientierung akzeptiert gewesen? ja nein

Dauer des Einsatzes (in Minuten): = Patienterversorgungszeit (Status 4 bis Status 1)

Version 1.6.1 ab 01.06.2021

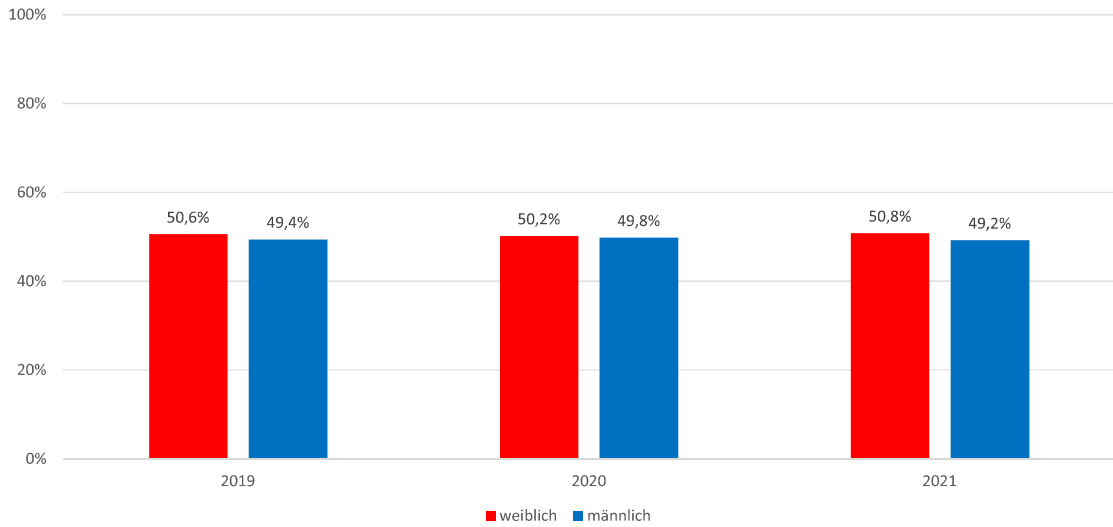
Verteilung der Einsätze nach Wochentagen (2021)

n= 5.482



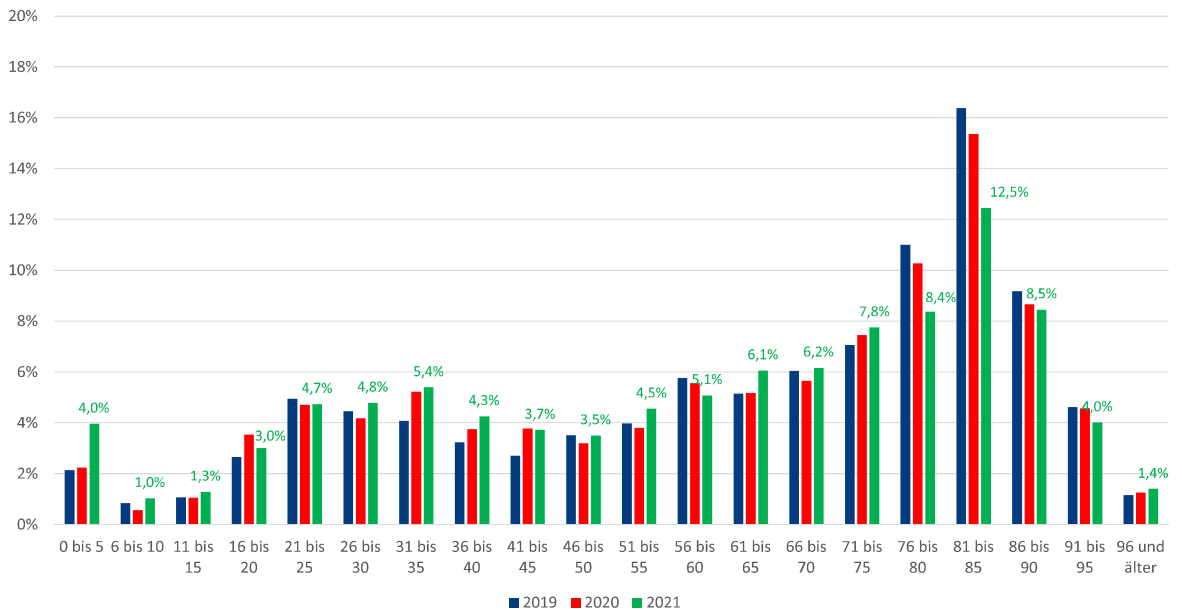
Geschlecht

2019 n= 3.612
2020 n= 4.218
2021 n=5.367



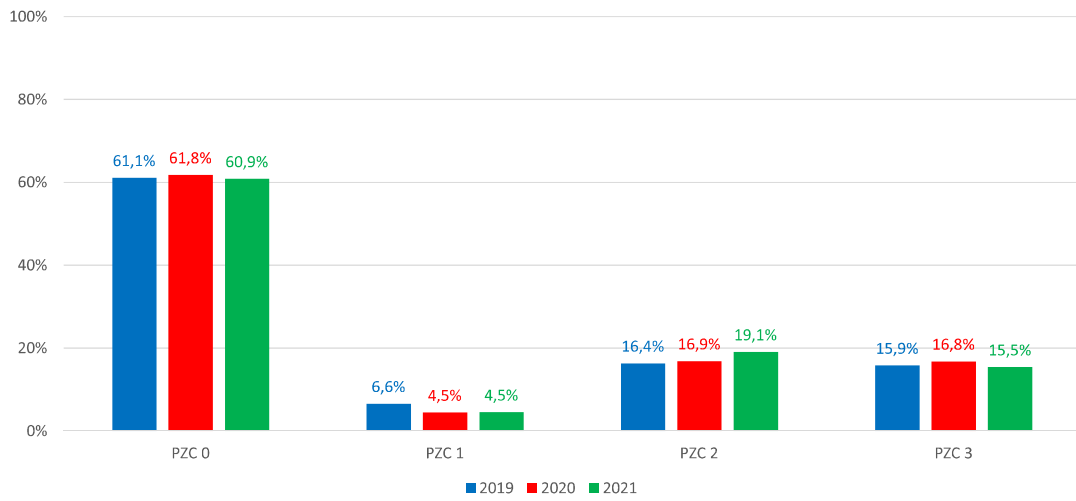
Altersverteilung

2019 n=3.552 Median 70; MW 62,2
2020 n=4.291 Median 68; MW 61,1
2021 n=5.429 Median 65; MW 58,5



Patientenzuweisungscode (PZC)

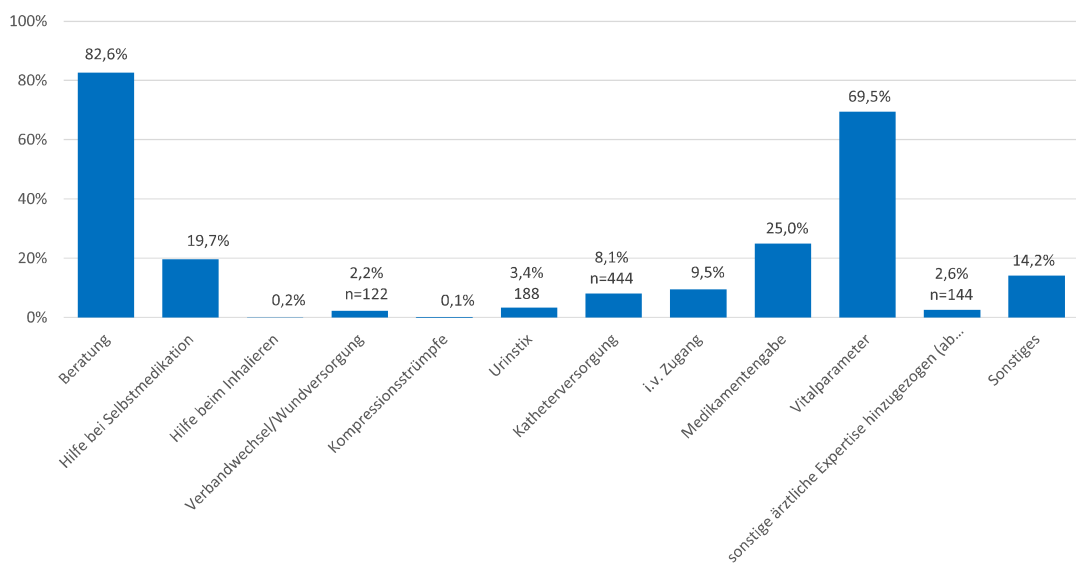
2019 n= 3.577
2020 n= 4.238
2021 n= 5.304



PZC 0: Keine Dringlichkeit (kein Transport in eine Behandlungseinrichtung notwendig)
PZC 1: Sofortige Intervention im Krankenhaus, sofortiger Arztkontakt, z.B. Schockraum/Stroke Unit
PZC 2: Stationäre Aufnahme wahrscheinlich, aber kein unmittelbarer Handlungsbedarf (Aufenthalt >24h)
PZC 3: Vermutlich ambulante Behandlung ausreichend oder Ausschlussdiagnostik (Aufenthalt <24h)

Durchgeführte Maßnahmen 2021

Mehrfachantworten möglich
Darstellung nur 2021!
%-Anteil Patienten (n=5.491)

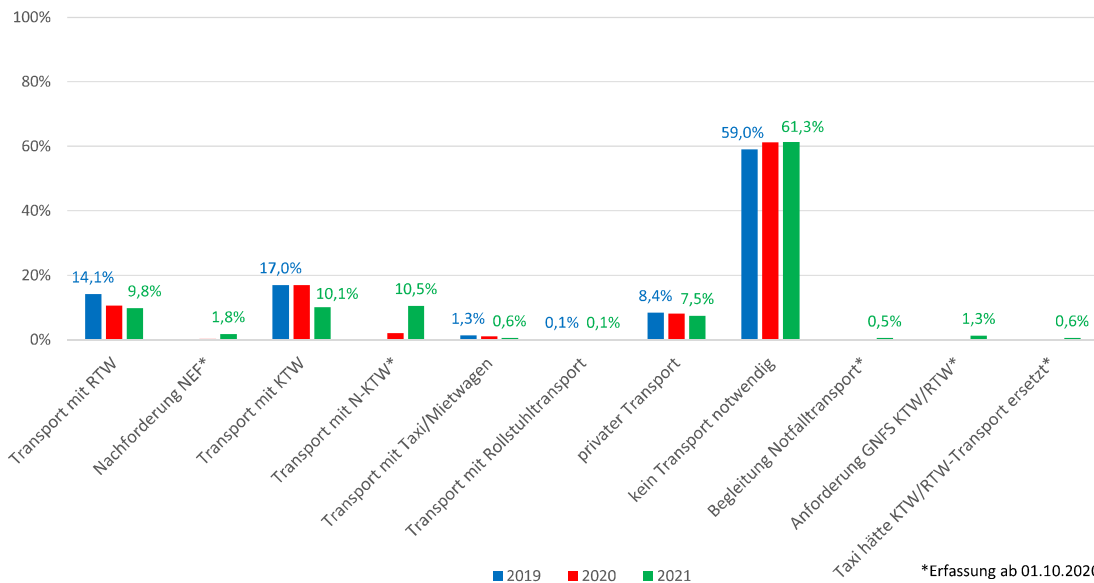


Einsatz Telemedizin

	2019 n=3.647	2020 n=4.270	2021 n=5.372
Telemedizin wurde genutzt	28 (0,8%)	31 (0,7%)	42 (0,8%)
<i>Hat Telemedizin Entscheidung beeinflusst?</i>	19 (67,9%)	22 (71,0%)	21 (50,0%)
<i>War Telemedizin erforderlich in Ermangelung (Hausarzt, KV-Bereitschaftsdienst)?</i>	10 (35,7%)	13 (41,9%)	11 (26,2%)
<i>Nachforderung Rettungsmittel</i>	Nicht erfasst	Nicht erfasst	11 (26,2%)
Es wurde keine Telemedizin genutzt	3.619 (99,2%)	4.249 (99,3%)	5330 (99,2%)
<i>nicht erforderlich</i>	3.444 (94,4%)	4.115 (96,1%)	5.180 (97,2%)
<i>vergeblicher Verbindungsversuch, kein Empfang</i>	21 (0,6%)	2 (0,0%)	7 (0,1%)
<i>Telemedizin stand nicht zur Verfügung</i>	16 (0,4%)	22 (0,5%)	1 (0,0%)

Transport

2019 n= 3.614
2020 n= 4.264
2021 n= 5.395



*Erfassung ab 01.10.2020

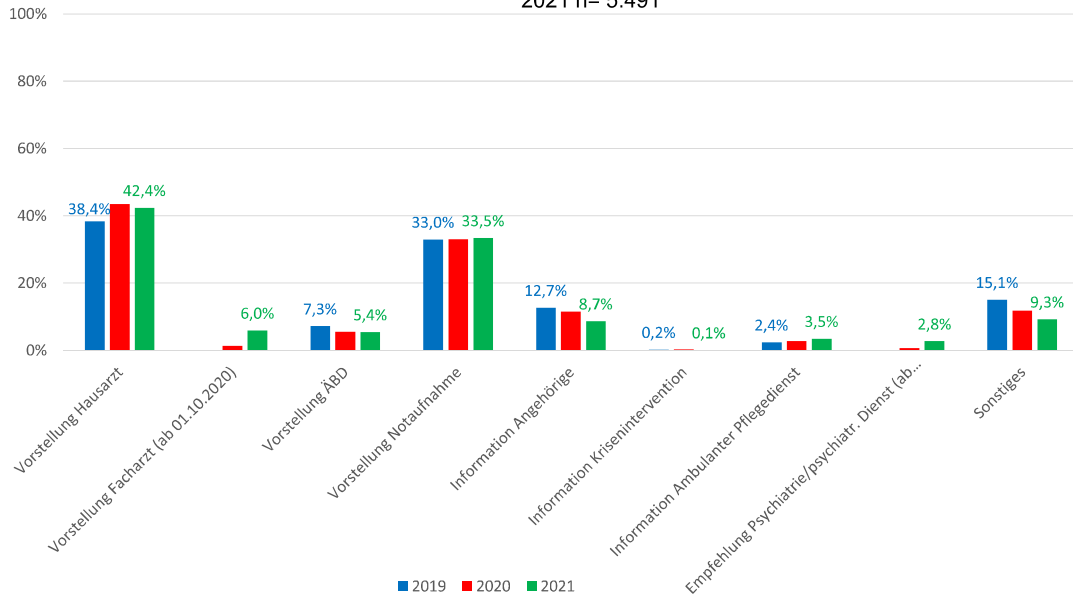
Empfehlung

Mehrfachantworten möglich

2019 n= 3.703

2020 n= 4.336

2021 n= 5.491



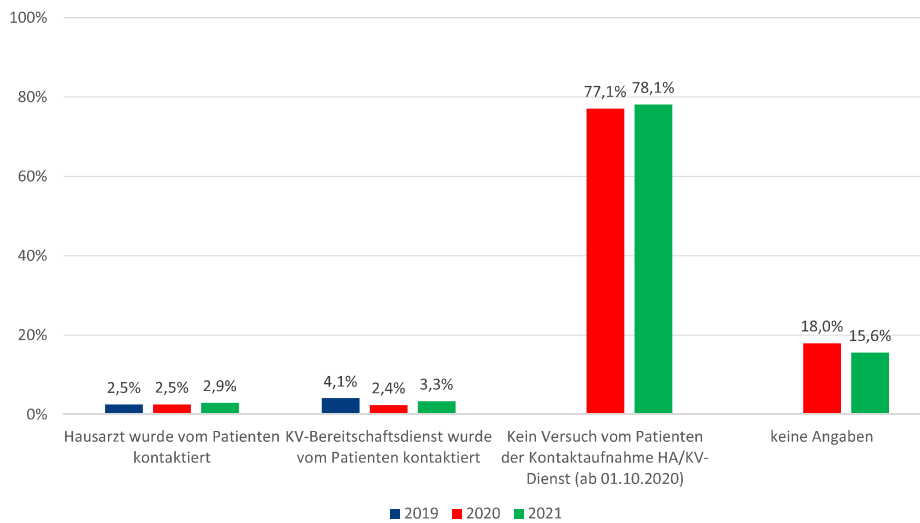
Bewertung vorherige Kontaktaufnahme Patient

Mehrfachantworten möglich

2019 n= 3.703

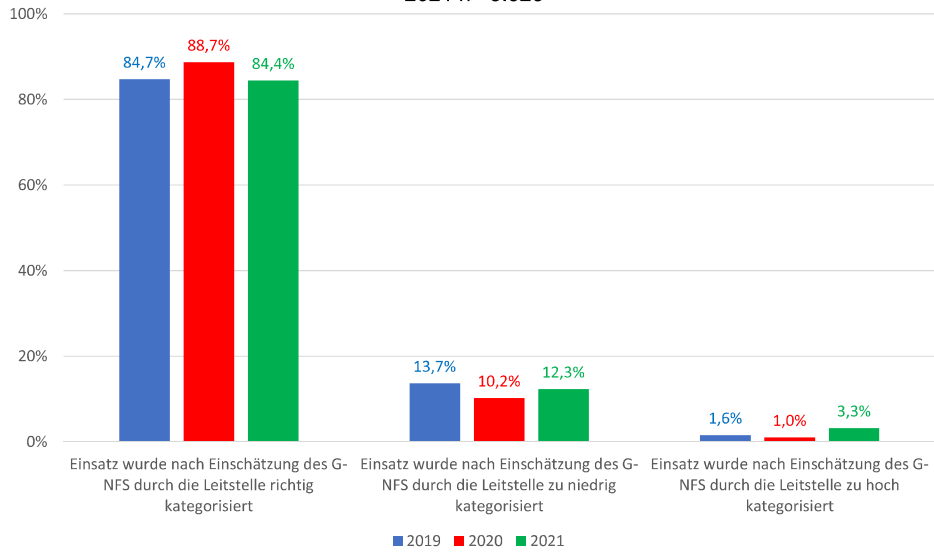
2020 n=4.336

2021 n=5.491



Einschätzung GNFS Kategorisierung Leitstelle

2019 n= 3.610
2020 n= 4.228
2021 n= 5.323

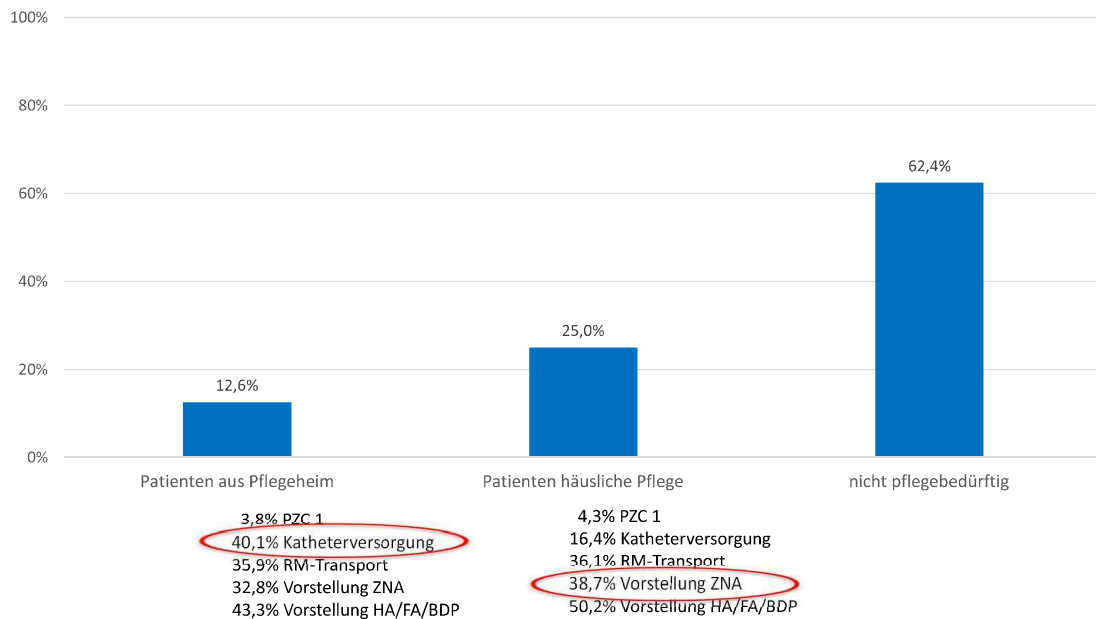


*Einführung AMPDS ab 16.03.2021

Status „pflegerische Versorgung“

Betrachtung 2021, n = 4.052 (73,8%)

Bei 1.439 Protokollen wurde kein Status erhoben

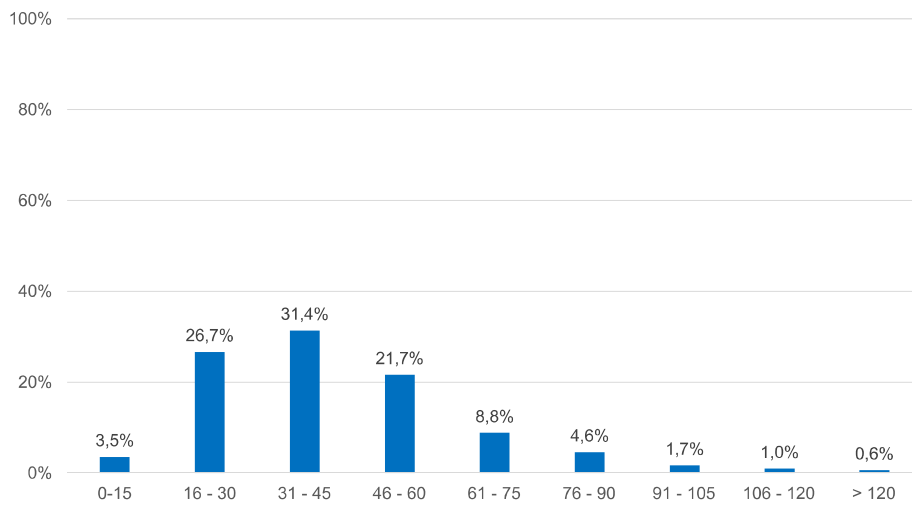


Patientenversorgungszeit (in Minuten)

Betrachtung Jahr 2021 n= 5.400

Status 4 (Ankunft beim Pat.) bis Status 1 (einsatzbereit über Funk)

Median	Mittelwert
40	43,3



Diskussion/Fazit: sektorenübergreifende Effekte

Gemeindenotfallsanitäter...

- entlasten den Rettungsdienst, folglich stehen Rettungsmittel-Ressourcen für „echte“ Notfälle zur Verfügung.
- entlasten die personellen und finanziellen Ressourcen der Notaufnahmen, wenn Patienten ambulant vor Ort statt in den Notaufnahmen versorgt werden.
- entlasten die ambulante Versorgung → abnehmende Bereitschaft, Hausbesuche durchzuführen & Nichterreichbarkeit des kassenärztl. Bereitschaftsdienstes.
- übernehmen Leistungen des Sozialdienstes:
Organisation eines Not-Pflegeplatzes, Aufnahme Psychiatrie, Information von Angehörigen und/oder Hausärzten, etc.
- übernehmen Leistungen des Pflegedienstes: Katheterversorgung, Wundversorgung, etc.

Wo ist der Haken?

- seit 2019 „Projektstatus“, d.h. keine Planungssicherheit als dauerhafte Ressource
- teilweise ursprüngliches Ziel der **Versorgung nicht-dringlicher Notfälle zur Entlastung der Ressourcen der Notfallrettung** aus den Augen verloren:
 - „Das ist doch ein Fall für den Ärztlichen Notdienst!“
 - „Wir haben doch viel mehr Kompetenzen, warum werden wir nur zu niedrighschwelligen Einsätzen geschickt?“
 - „Warum wird da nicht gleich ein RTW hingeschickt?“
- Infrage stellen der Leitstellendisposition & Einführung AMDPS/Noratec
- Vier Kommunen mit vier Rettungsdiensten & vier Ärztlichen Leitern → unterschiedliche Algorithmen für Notfallsanitäter („in XX dürfen die das...“)
- Nutzung Telemedizin versus private Kontakte/Anrufe in Notaufnahmen (rechtliche Unsicherheit)

„Der Notfallsanitäter war sehr freundlich, kompetent und diskret! Er hat sich viel Zeit genommen und konnte mich sehr beruhigen. Ich bin von den Gemeindefallsanitätern sehr begeistert und habe auch für die Zukunft ein sicheres Gefühl!“

„Sehr freundliche und ausführliche Aufklärung trotz meiner Anspannung ruhig!“

„War schnell vor Ort, war freundlich, hat das Anliegen ernst genommen!!!“

„Da ich meinen Hausarzt nicht erreicht habe und nicht in der Lage war selbst zum Arzt zu fahren, war die Gemeindefallsanitäterin perfekt für meine Situation! Großes Lob an die Sanitäterin!“

„Ich finde die Gemeindefallsanitäter Aktion sehr sinnvoll somit können die Krankewageneinsätze für schwere Unfälle und Schwerkranke bleiben.“

„Ich kannte den Gemeindefallsanitäter Dienst gar nicht vorher. Es ist eine super Sache, ich fühle mich gut betreut und versorgt. Ich bin froh, dass ich zuhause versorgt werden konnte und nicht ins Krankenhaus musste!“

„Es war sehr hilfreich und beruhigend einen Sanitäter vor Ort zu haben. Auch für meine Angehörigen, die sonst in der Situation überfordert sind!“

Vielen Dank

an die Gemeindenotfallsanitäter*innen für das Ausfüllen der zusätzlichen
Protokolle!



Noch Fragen?

Walter Rempe
Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Cloppenburg
Hofkamp 2
49661 Cloppenburg
Tel: 04471 911016
w.rempe@drk-cloppenburg.de

Dr. Insa Seeger
Oldenburger Forschungsnetzwerk Notfall-
und Intensivmedizin
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
Tel: 0441-7984430
insa.seeger@uol.de