

„Hilfsfrist, Versorgungsfrist, gestuftes Versorgungssystem.“ Was denn nun?!

**DRK-Rettungsdienstsymposium
Hohenroda 16.11.2018**

**Technology
Arts Sciences
TH Köln**

Alex Lechleuthner

Übersicht

- Ausgangslage – Entwicklung
- Gutachten des SVR 2018
- Analyse der Einsätze
- Ausblicke

Notfallversorgung
50iger Jahre

1. Säule

Stationäre Versorgung § 39 in Verbindung mit § 108 SGB V

Krankentransport

Im SGB V seit 1882 (RVO)
als „Transportleistung“



Keine Versorgungssäule

2. Säule

Ambulante Versorgung in den Praxen und mit einem Notdienst,
wenn alle Praxen geschlossen sind (Sicherstellungsauftrag § 75
SGB V der KVB)

Notfallversorgung
50iger Jahre



Notfallversorgung
1957



Ford FK 2500, ab dem 28. Mai 1957 als erster Notarztwagen an der Universitätsklinik stationiert



Notfallversorgung
ab 70iger Jahre

1. Säule

Stationäre Versorgung § 39 in Verbindung mit § 108 SGB V

2. Säule

Ambulante Versorgung in den Praxen und mit einem Notdienst, wenn alle Praxen geschlossen sind (Sicherstellungsauftrag § 75 SGB V)

3. Säule

Rettungsdienst – Landesrettungsgesetze 1974 - **BRD**
DRK-1953/DMH-1967 /SMH-1976 - **DDR**

Rettungsdienst heute

Einsatztaktik des Rettungsdienstes heute

Entscheidungsträger -> Disponent
Unterstützung -> standardisierte Notrufabfrage

KTW Meldebild: Krankentransport
Hilfeleistung



Meldebild: NA-Indikationskatalog



RTW-NEF

112

Leitstelle

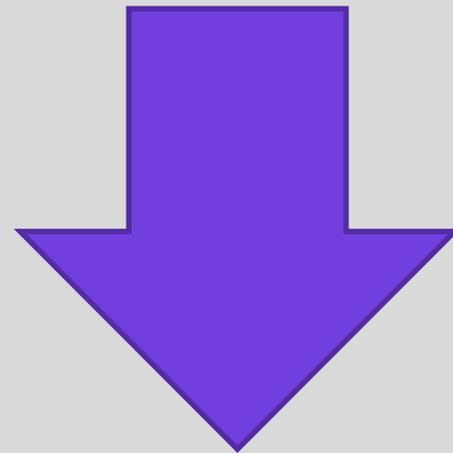
Meldebild: Lebensgefahr nicht ausschliessbar
Kein anderes Einsatzmittel verfügbar



RTW

Organisatorische Qualitätsziele des RD

- Schnelle Annahme des Notrufs (5x Klingeln)
- Schnelle Disposition des Einsatzes (120 sek)
- Hilfsfristbasiertes Schutzziel (z.B. 8 min in 90% der Einsätze)

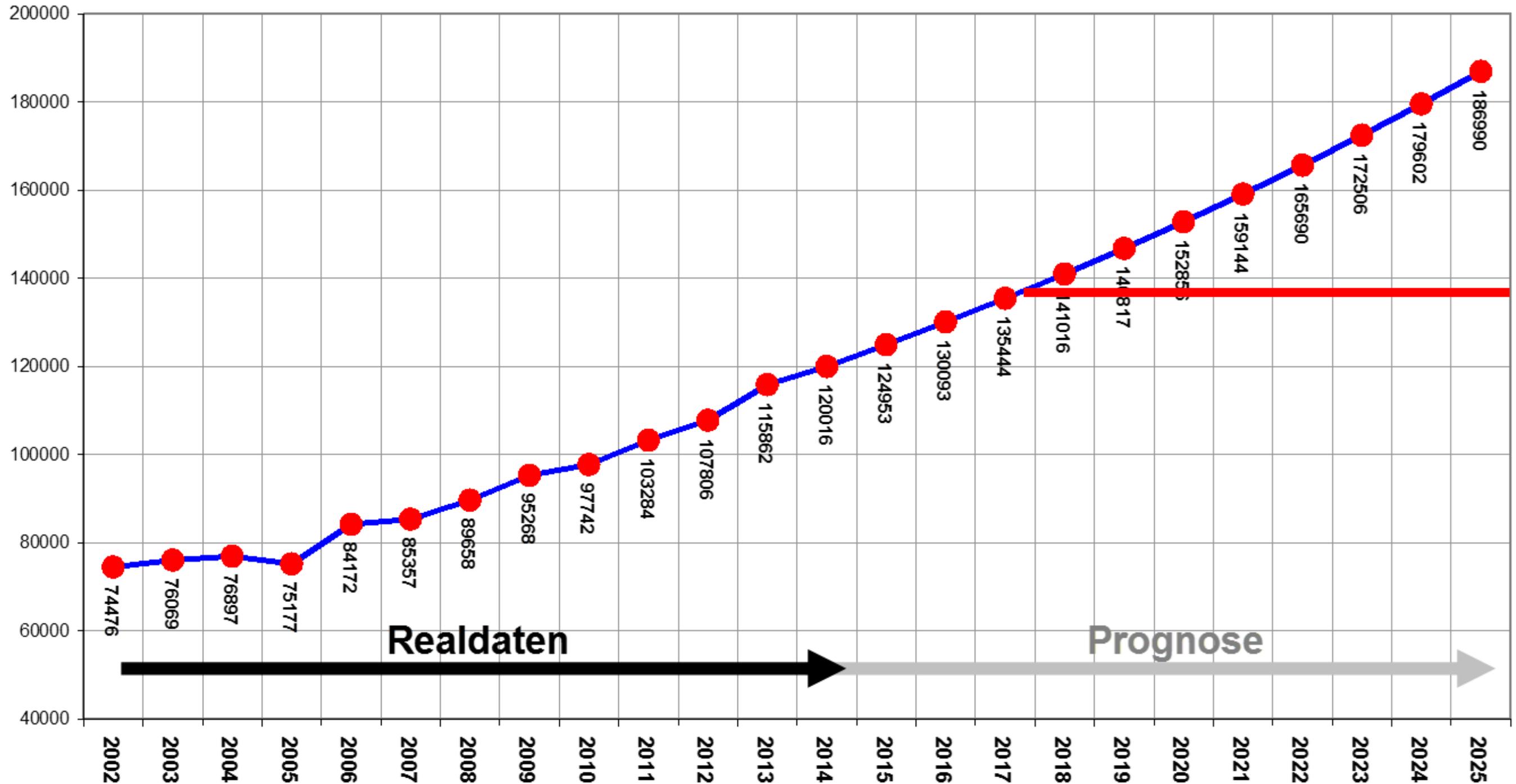


Niederschwelliges Angebot mit hoher Sensitivität
(möglichst keinen Notfall verlieren)

Einsatzentwicklung: Notfalleinsätze ohne NA (RTW)

2002 bis 2014 Realdaten, ab 2015 Prognose mit +4,0%

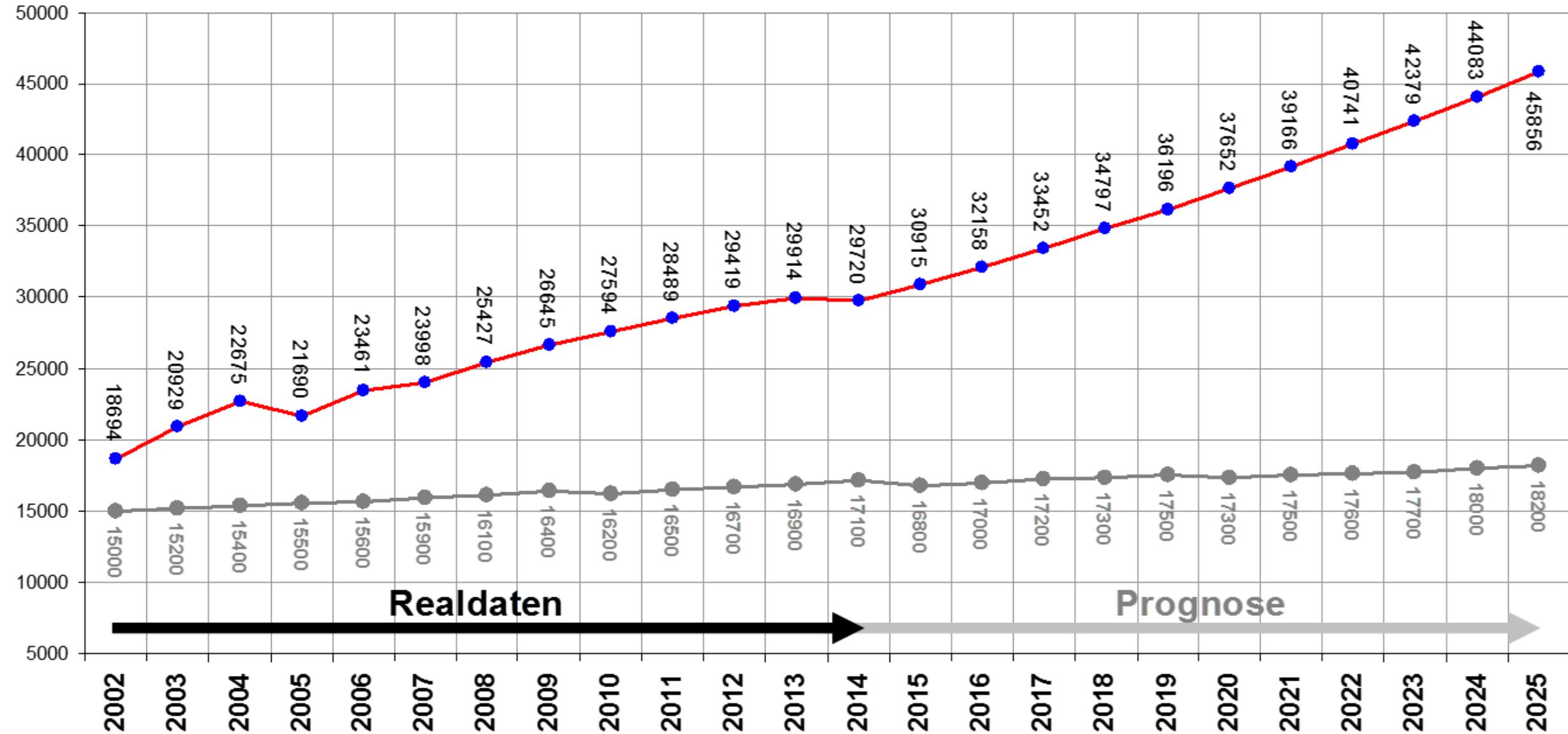
Quelle: FMC BF Köln



Einsatzentwicklung: Notarzteinsätze

2002 bis 2014 Realdaten, ab 2015 Prognose mit +4,0%

Quelle: FMC BF Köln



grau: Prognosewerte aus 2001

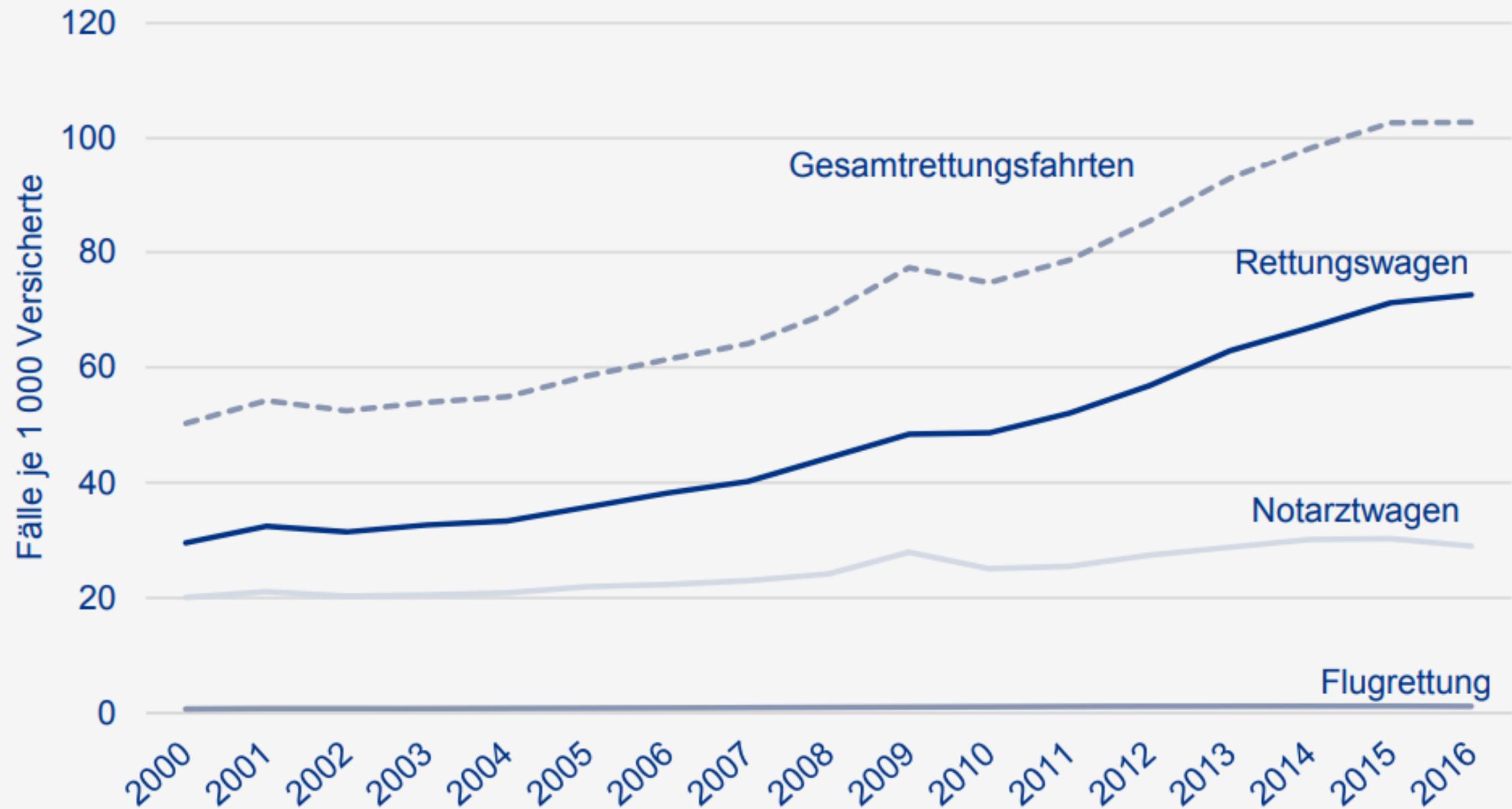


Abbildung 14-12: Entwicklung der Leistungsfälle für Rettungsfahrten je 1 000 Versicherte

Die Gesamtrettungsfahrten enthalten nicht die Fahrten für Krankentransport und Taxi/Mietwagen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017b, 2017c).

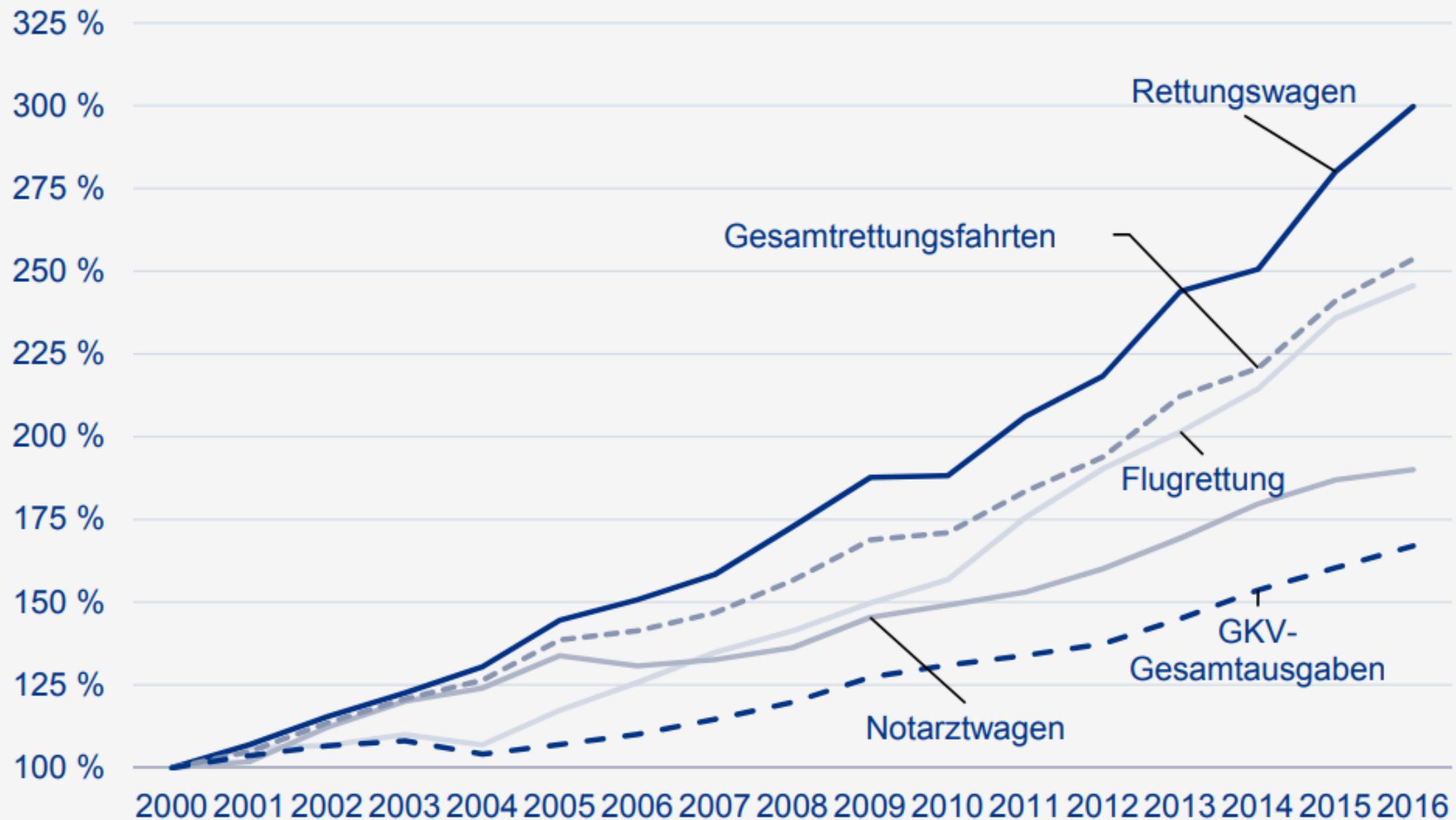


Abbildung 14-11: Entwicklung der Ausgaben der GKV für Rettungsfahrten

Die Gesamtrettungsfahrten enthalten nicht die Ausgaben für Krankentransport und Taxi/Mietwagen. Indexdarstellung, Jahr 2000 = 100 Prozent.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017a).

Notärzte in BW zu langsam am Rettungsort

Jeder Vierte wartet mehr als zehn Minuten

Eigentlich sollen Rettungskräfte bei ihren Einsätzen in Baden-Württemberg schnell am Ort des Patienten sein. Doch eine Anfrage hat ergeben, dass dies oft nicht passiert. Dabei wurden Rettungsdienste zuletzt noch ausgebaut.



Reaktionen auf verspätete Notärzte in BW

Die FDP macht Druck, die anderen wiegeln ab

Notärzte und Rettungswagen waren auch 2016 in Baden-Württemberg oft verspätet am Unfallort. Das hat eine Anfrage der FDP ergeben, die dem SWR vorliegt. CDU und SPD versuchen, Druck aus der Sache zu nehmen. | mehr

Alle Hilfsfristersuchen über die 112 werden als Notfälle gezählt
Hilfsfrist wird nicht eingehalten !!

110 und 112

Missbrauch von Notrufen nimmt zu

Wer nach dem Weg oder der Uhrzeit fragen will, sollte nicht 110 oder 112 wählen. Solche falschen Notrufe machen jedoch die Hälfte der Anrufe bei den Rettungsdiensten aus. Ihre Zahl steigt.

Notruf
112

Späte Rettung: Schwere Vorwürfe

von Thomas Eckert und Svea Eckert

Im Notfall ist schnelle Hilfe überlebenswichtig. Doch in einem Drittel aller Fälle treffen die Rettungswagen der Feuerwehr Hamburg zu spät bei Unfallopfern und Notfallpatienten ein. Anstatt aber zusätzliche Rettungswagen der Hilfsorganisationen wie das DRK

Vorwürfe gegen Hamburger Feuerwehr

Hamburg Journal - 25.07.2017 19:30 Uhr

Die Rettungswagen der Hamburger Feuerwehr treffen in einem Drittel aller Fälle zu spät bei Unfallopfern ein. Statt zusätzliche Rettungswagen von Hilfsorganisationen zu nutzen, setzt sie offenbar lieber eigene Wagen ein.

Informationen zur Sendung

Es ist 05.06 Uhr morgens. Alarm

In Notfällen zählt jede Sekunde

Um 05.16 Uhr kommt der ASB am Einsatzort an - noch keine Spur von der Feuerwehr. Jana Andersen und ihr Kollege beginnen mit der Versorgung. Erst fünf Minuten nach ihnen kommt ein Rettungswagen der Feuerwehr. "In einigen Notfällen zählt jede Minute, so sagt es Stefan Oppermann, ehemaliger Ärztlicher Leiter Rettungsdienst bei der Feuerwehr Hamburg und heute Professor für Präklinisches Rettungswesen an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg: "Die Überlebenschancen sind gering." "Feuerwehr nutzt nicht alle möglichen Ressourcen"

Rettungsdienste am Limit

Zu wenig Personal, aber auch zu viele unnötige Notrufe. Immer wieder müssen Rettungsdienste in Baden-Württemberg als Notnagel herhalten. Mittlerweile sind sie an ihrer Belastungs-Grenze angekommen. | mehr

Baden-Württemberg erneut oft zu langsam am Rettungsort. Die Anfragen ergeben, die dem SWR exklusiv, 3 Millionen gestiegen.

MEHR ZUM THEMA IM WWW:

Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg

Organisatorische Qualitätsziele –“Verliere keinen echten Notfall“

- Schnelle Annahme des Notrufs (5x Klingeln)
- Schnelle Disposition des Einsatzes (120 sek)
- Hilfsfristbasiertes Schutzziel (z.B. 8 min in 90% der Einsätze)

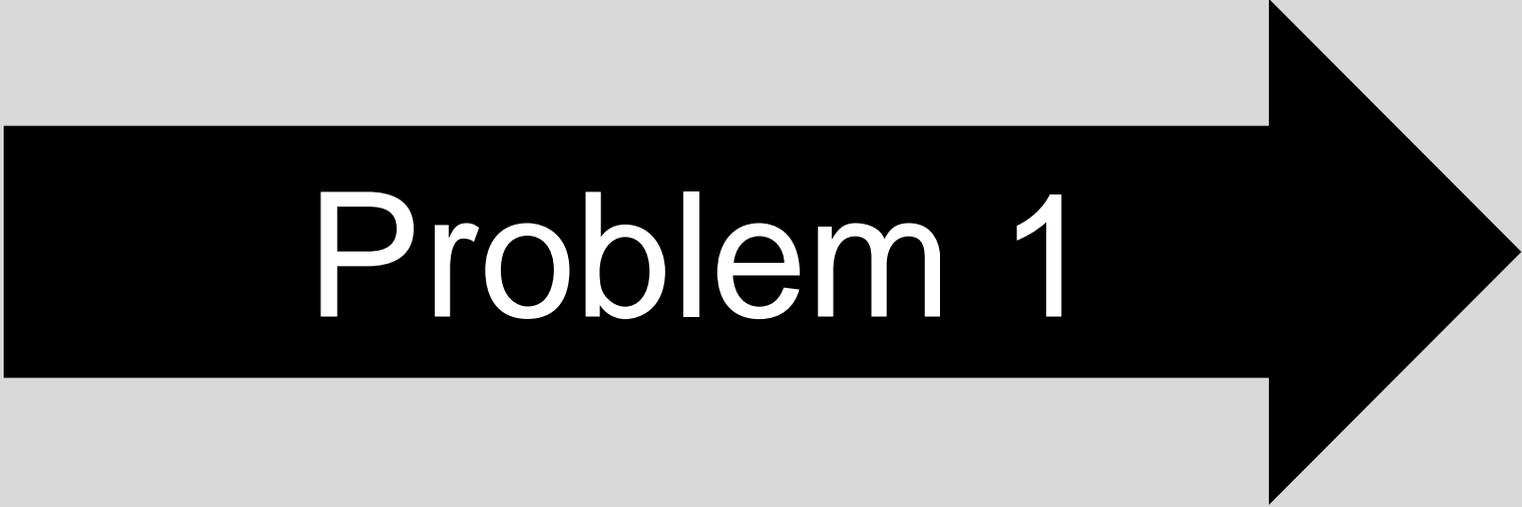
Hilfsfrist wird
auch bei
echten
Notfällen
immer weniger
eingehalten

76% ...78%.....85%.....90%.....

Zielkonflikt

**Anstieg der nicht-lebensbedrohlichen Einsätze
Hilfsfrist nicht in jedem Fall erforderlich**

Problem 1



Anstieg der **nicht lebensbedrohlichen Hilfeersuchen**, die mit den Ressourcen für lebensbedrohliche Einsätze abgearbeitet werden.

Ergebnis



Hilfsfristerreichung beeinträchtigt



Rhön- u. Saalepoft

So. 20. März 2016

BAD NEUSTADT

„Der Missbrauch der Notärzte nimmt zu“

Der Missbrauch der Notärzte nimmt immer mehr zu.“ Das sagten Professor Dr. Peter Sefrin, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft bayerischer Notärzte (Würzburg) und Dr. Michael Dinkel (Rhön-Klinikum Bad Neustadt) im Rahmen eines Pressegesprächs zum 12. Notfallmedizinischem Forum.

Problem 2

Die Nachsteuerung der Ressourcen für lebensbedrohliche Einsätze über Bedarfspläne scheitert zunehmend an:

- ➔ **Personalmangel für die Notfallrettung**
- ➔ **Fehlende Grundstücke und problematische**
- ➔ **Baugenehmigungen für hilfsfristbasierte Wachen**

Ergebnis

- Hilfsfristen für Notfallpatienten gefährdet
- Presseberichte und Aufsichtsbehörden erhöhen den Druck auf den Aufgabenträger

Problem 3



Die Auslegung (Schulung, Ausrüstung, Berufsbilder) der Notfallrettung passt mit der realen Einsatzwelt zunehmend weniger zusammen. Es entstehen bei den Mitarbeitern Fragen nach der Sinnhaftigkeit bis zur Sinnkrise.

Ergebnis

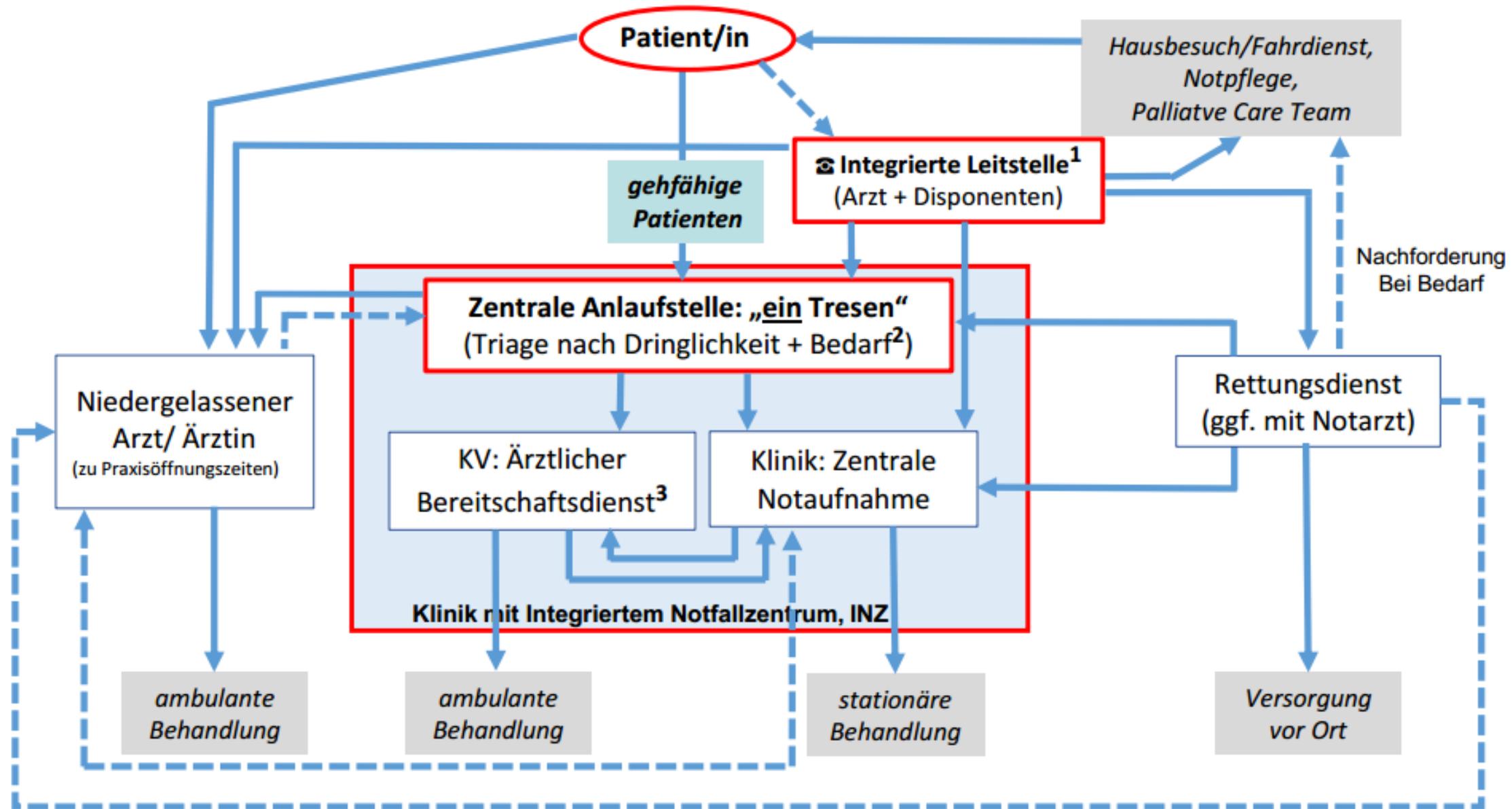


Berufsunzufriedenheit wächst mit allen daraus folgenden Konsequenzen



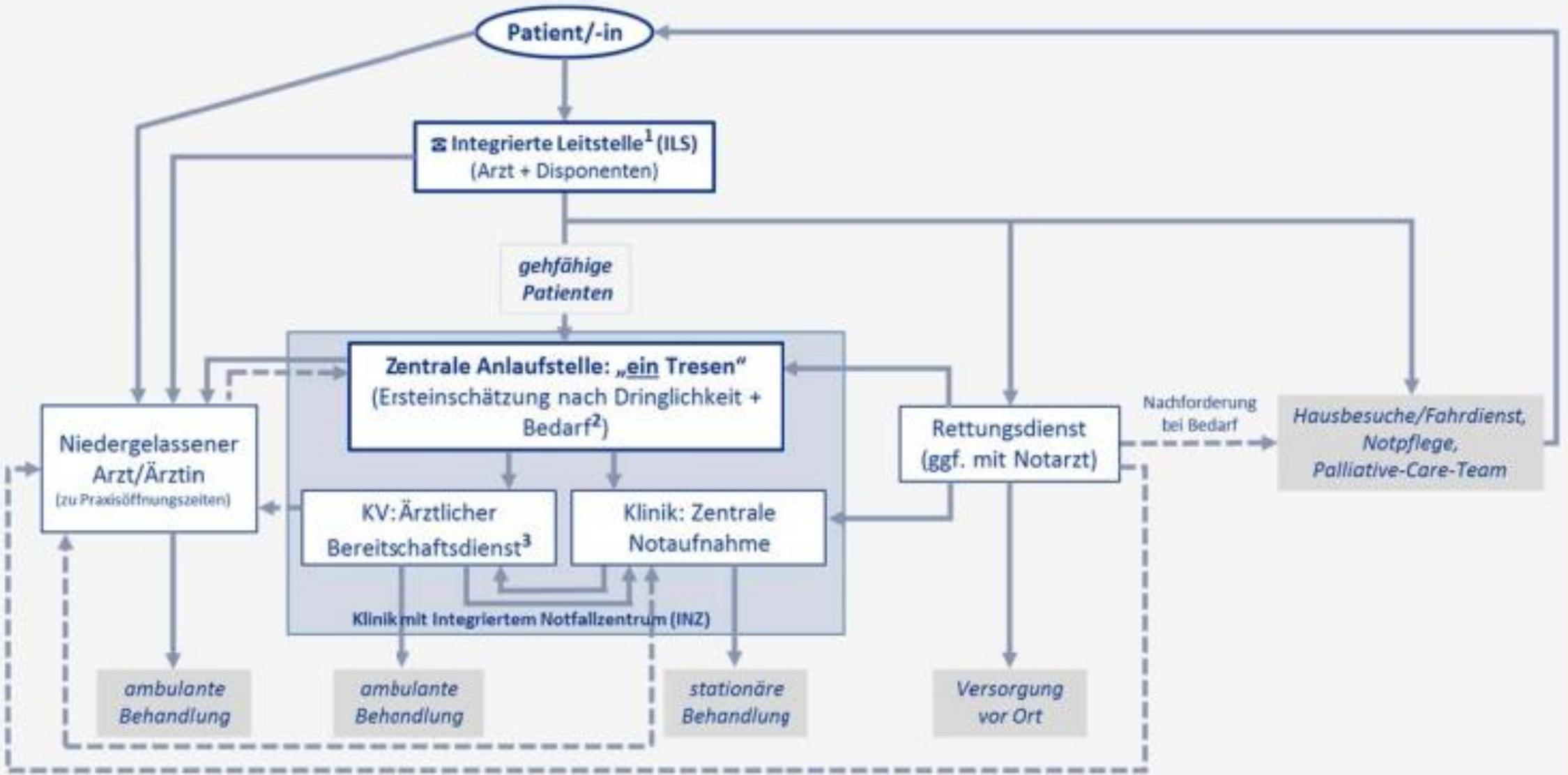
Das kann so nicht weitergehen !

Es stellt sich die Frage
reichen einfache Anpassungen („Weiterentwicklung“)
oder muss ein Paradigmenwechsel her ?



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

Abbildung 14-13: Entwurf einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären Notfallversorgung



1. Nutzt Notfall-Algorithmen/Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle.
2. Ersteinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Ersteinschätzung muss weisungsunabhängig vom Krankenhaus erfolgen.
3. Ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst.

▪ Integrierte Leitstellen



voll integriert mit nur einer
Rufnummer



*Wenn nicht vermeidbar:
verschiedene Nummern*



perspektivisch: horizontale
Integration

1. Level z.B. mit Dispatcher /
erfahrenen Pflegekräften/MFA
 2. Level: erfahrene, breit weiter-
gebildete (Allgemein)-Ärzte
- aber technisch – gemäß
Algorithmen – voll integriert
 - Beendigung der
„Kleinstaaterei“ mit je einer
(Rettungs-)Leitstelle je
Landkreis

Empfehlungen des SVR im Gutachten 2018

14.4.5 Rettungsdienst

1010. Der Rettungsdienst ist gegenwärtig kein eigenes Leistungssegment im SGB V, sondern wird als Transportleistung vergütet, an deren Kostenübernahme die Abrechnung einer weiteren Leistung geknüpft ist. Wie bereits vom Bundesrat gefordert, sollte hier der Entwicklung der präklinischen Notfallmedizin über eine reine Transportleistung hinaus Rechnung getragen werden und der Einsatz selbst als medizinische Leistung abgerechnet werden, gerade auch um den Fehlanreiz, der durch die Verknüpfung der Fahrtkosten mit weiteren Leistungen besteht, zu beseitigen. Analog zur Krankenhausfinanzierung sollten hierbei die Vorhaltekosten²⁸⁶ des Rettungsdienstes im Rahmen der Daseinsvorsorge des Staates aus Steuermitteln finanziert werden, da ihre positiven externalen Effekte allen Einwohner im jeweiligen Rettungsdienstbezirk zugutekommen. Die Betriebskosten²⁸⁷ sollten hingegen von den Krankenkassen getragen werden. Um der wie in der Krankenhausfinanzierung bestehenden Problematik der zu geringen Investitionsmittel der Länder und den daraus folgenden Anreizen zur Refinanzierung der Vorhaltekosten durch Fallausweitung zu begegnen, sollte eine Rahmenregelung zur Finanzierung auf Bundesebene vorgeschrieben werden. Die Einzelheiten der Finanzierung sollten hierzu jedoch jeweils in den Rettungsdienstgesetzen auf Landesebene geregelt werden. Dies würde es, wie bereits in einzelnen Bundesländern wie Baden-Württemberg der Fall, erlauben, ein Gesamtleistungsbudget zu verhandeln, das die Kosten für die Rettungsdiensteinsätze insgesamt reduzieren sollte.²⁸⁸

Leitstelle



Palliativdienst

Pflegedienst

KV-Hausbesuche

Vertragsärztliches
System

Auskünfte aller Art
Terminvergabe

Notfall-Krisendienst

NEF + RTW

RTW

Notfall-KTW

Akutfälle - NEF/
KV-Hausbesuchs-
dienst

Zusammenfassung der Vorschläge des SVR für den Rettungsdienst

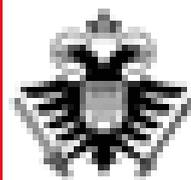
- Finanzierung soll gesplittet werden
- Leitstellenbereiche sollen vergrößert werden
- Leitstellenaufgaben sollen in einer ILS konzentriert werden (112+116117)
- Versorgung von Patienten durch den Rettungsdienst auch vor Ort

Lösungsansätze

Lösungsansatz	Realisierung
Die anderen müssen endlich	Machen sie nicht
Dann schicken wir eben keinen, weil das keine Fälle für den Rettungsdienst sind	Riskant
Erklären den Anrufern, wofür der Rettungsdienst da ist und wofür nicht	Gesundheitsaufklärung im (subjektiven) Akutfall nicht möglich
Kostentragung durch die Fehlnutzer	Politisch nicht gewollt (§ 14 Abs. 5 RettG NRW)
Analyse der Einsätze und gemeinsame Entwicklung von Lösungen mit den Beteiligten	Erscheint realistischer...

Vorgehen

Analyse der Einsätze	Differenzierung möglich ? Was gehört zum Rettungsdienst (Gefahrenabwehr) und was nicht ?
Entwicklung von adaptierten Versorgungs-Systemen	NEF, RTW, KTW, KV-Dienste, Krisendienste, Pflegedienste
Zuordnung der klassifizierten Einsätze zu den darauf adaptierten Versorgungssystemen	Standardisierte Notrufabfrage, Dispositionskatalog (<i>Verantwortung</i>)
Schrittweise Umsetzung	Piloten, Regelbetrieb, Ausbau



Stadt Köln



Konzept 2017

Gestuftes Versorgungssystem (GVS)

Lechleuthner, 2017

Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Alex Lechleuthner



Analyse der Hilfeersuchen



Einführung des Notfall-KTW



Strukturierte Notrufabfrage



Elektronische Dokumentation



Projekt mit der Kassenärztlichen Vereinigung



Einführung Telenotarzt



Stufung der Ressourcen nach
Erforderlichkeit (Leitstelle,
standardisierte Notrufabfrage



Ersthelfersystem

Gestuftes Versorgungssystem (GVS)

GVS	Zustand	Ersthelfer – Reafon- NEF- RTW < 8 min
GVS-1	Erkrankt	Hausarzt (Termin nach Vereinbarung)
GVS-2	Kein Notfallpatient – äußere Gefahr	Notfall-KTW (20 min)
GVS-3	Akutpatient – Abklärungsbedürftig - häusliches Umfeld	Arzt Hausbesuch (60 min) KV/NEF/RTW+Telenotarzt
GVS-4	Notfallpatient möglich (äußere/innere Gefahr)	RTW (8 min)
GVS-5	Notfallpatient – Innere Gefahr	NEF + RTW (8 min)
GVS-6	Reanimation	Ersthelfer- Reafon NEF- RTW (< 8min)



Teilprojekt im GVS mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo)

Komplementäre Notfallversorgung

- Vernetzung Leitstelle 112 und ARZ 116117 (24h)
- Sichere Kommunikation – Sichere Übergabe von Informationen
- Harmonisierung der Anrufabfrage
- Tagsüber Partnerpraxen in Köln
 - Verweis an Praxis
 - Transport zur Praxis
- Evaluierung durch MAGS

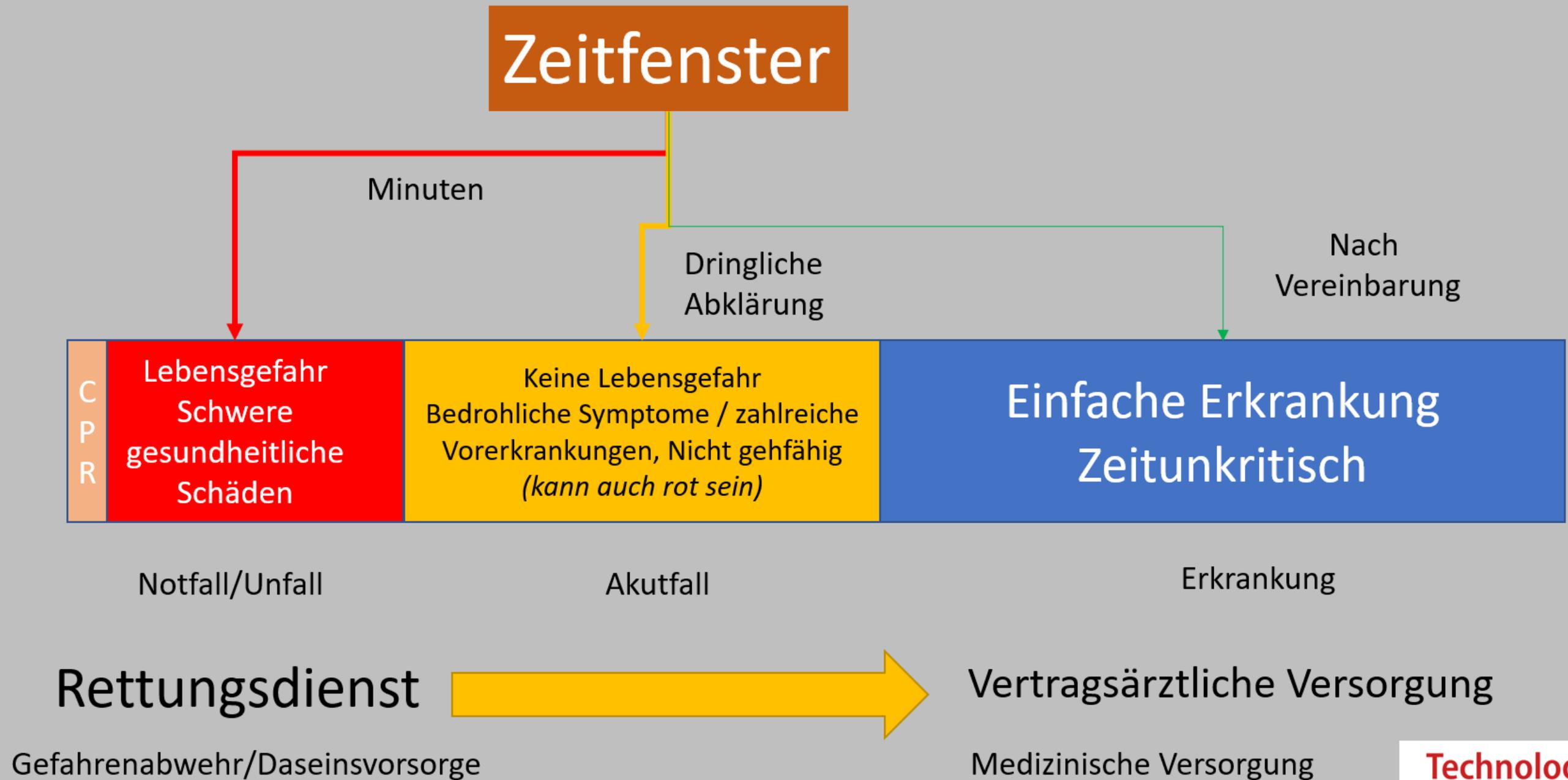


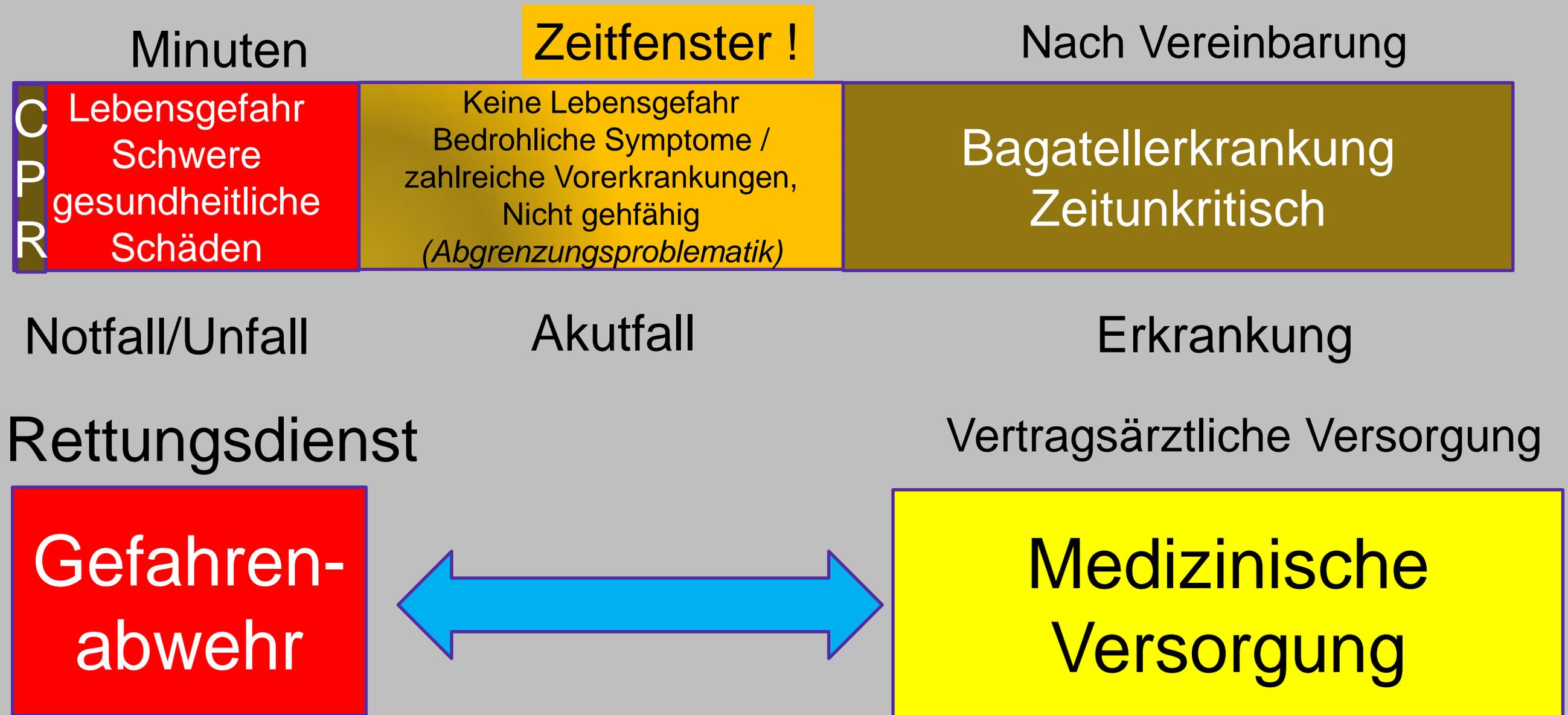
Stadt Köln



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Wie setzen sich die Hilfesuchenden zusammen ?





Wie weit reicht der Sicherstellungs-Auftrag des Rettungsdienstes (§ 6 Abs. 1 RettG NRW) ?

Kernelement „Lebensrettung und Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden“ ?

Übersicht über die Aufgaben des Rettungsdienstes in den Landesrettungsdienstgesetzen

	Land	Notfallrettung	Kranken-transport	Keine Notfallpatienten aber (sonst) hilfsbedürftig bzw. medizinischer Versorgung bedürfen	Keine Notfallpatienten aber Notwendigkeit von Versorgung nicht ausschließbar bzw. Schäden zu befürchten	Besonderheit
1	Bayern	+	+	-	-	
2	Baden Württemberg	+	+	+		Erste Hilfe
3	Berlin	+	+		+	
4	Brandenburg	+	+	+		
5	Bremen	+	+	+		
6	Hamburg	+	+	+		
7	Hessen	+	+			
8	Mecklenburg- Vorpommern	+	+			
9	Niedersachsen	+	+			
10	Rheinland- Pfalz	+	+			
11	Saarland	+	+			
12	Sachsen	+	+			
13	Sachsen- Anhalt	+	+			
14	Thüringen	+	+			
15	Schleswig- Holstein	+	+		+	Wenn in einer Körperfunktion beeinträchtigt
16	Thüringen	+	+	+		

Ergebnis

Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag des Rettungsdienstes mit Krankentransport reicht über die Rettung von Notfallpatienten hinaus

Weitere Aufgaben der Gesundheitsvorsorge

Bisherige Klassifizierung in den Notfallprotokollen

5.2.1 NACA-Score

Der NACA-Score dient in der Notfallmedizin der Klassifizierung der Verletzungs- und Erkrankungsschwere von Notfallpatienten. Die Erhebung des NACA-Scores erfolgte durch den diensthabenden RTH-Notarzt im DIVI-Notarztprotokoll.

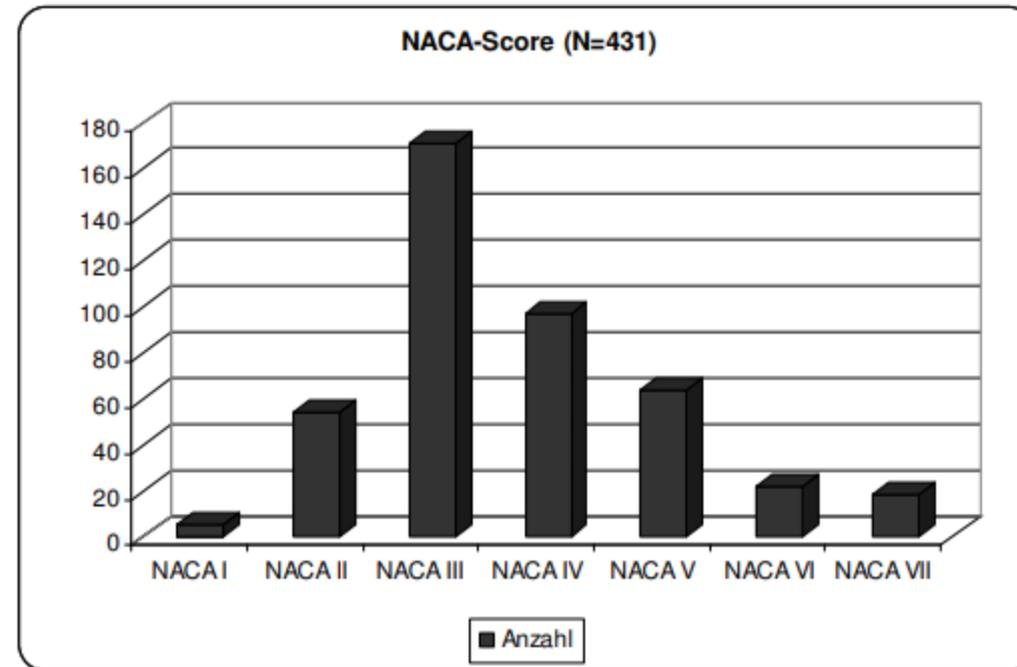


Abbildung 9: Gesamtverteilung des NACA Scores

Wie in Abbildung 9 dargestellt, wiesen die Patienten in der Stichprobe vorwiegend Verletzungen und Erkrankungen der Schwere NACA III bis NACA V (77,0%) auf. Der größte Anteil fällt dabei mit 39,7% auf die Kategorie NACA III.

aus:

Köhler MC:

Qualität von Erste- Qualität von Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Notfallpatienten

Dissertation, LMU, München 2006

Wie kann man die Patienten/-innen für eine Analyse notfallmedizinisch einteilen ?

NACA 1: geringfügige Erkrankung/Verletzung
NACA 2: ambulante Abklärung
NACA 3: stationäre Behandlung
NACA 4: Lebensgefahr nicht ausgeschlossen
NACA 5: Lebensgefahr
NACA 6: Reanimation
NACA 7: Tod

Anaesthesist
2001 - 50:150-154 © Springer-Verlag 2001

Redaktion
R. Larsen, Homburg/Saar

Originalien

M. Weiss¹ - L. Bernoulli² - A. Zollinger³

¹ Intensivstation und Neonatologie-Abteilung, Universitäts-Kinderklinik, Zürich

² Institut für Anästhesiologie, Universitätsspital, Zürich

³ Institut für Anästhesie und Reanimation, Stadtspital Triemli, Zürich

Der NACA-Index

Aussagekraft und Stellenwert des modifizierten NACA-Indexes in der präklinischen Schweregraderfassung von Unfallpatienten

- NACA ist eine Schätz-Skala – Die Einteilung wird geschätzt !
- Zahlreiche Studien mit Nachuntersuchungen haben gezeigt, dass damit eine gewisse Klassifizierung bzw. Charakterisierung der Patienten möglich.
- Wird nach wie vor zur Schweregradeinteilung genutzt

Einsatzstelle ?

Öffentlichkeit

Lebensgefahr
Schwere gesundheitliche
Schäden

Notfall/Unfall

Keine Lebensgefahr
Bedrohliche Symptome /
zahlreiche Vorerkrankungen,
Nicht gehfähig
(kann auch rot sein)

Akutfall

Bagatellerkrankung
Zeitunkritisch

Erkrankung

Häusliche Umgebung

Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Alex Lechleuthner

Neues Modell der Gefahrenabwehr Rettungsdienst

Lechleuthner, 2019

Äußere Gefahren

Umgebung Öffentlichkeit
Wetter
Unfallgeschehen
Einklemmung
Unter Wasser
in großer Höhe



Innere Gefahren

Herz-Kreislauf-Stillstand
Herzinfarkt
Schlaganfall
Lungenödem
Polytrauma,
Unkontrollierte Blutung

Gemischte Gefahren

Technik + Notfallmedizin

CP
R

Lebensgefahr

Schwere gesundheitliche Schäden

Äußere Gefahren

Innere Gefahren



RTW



RTW+NEF



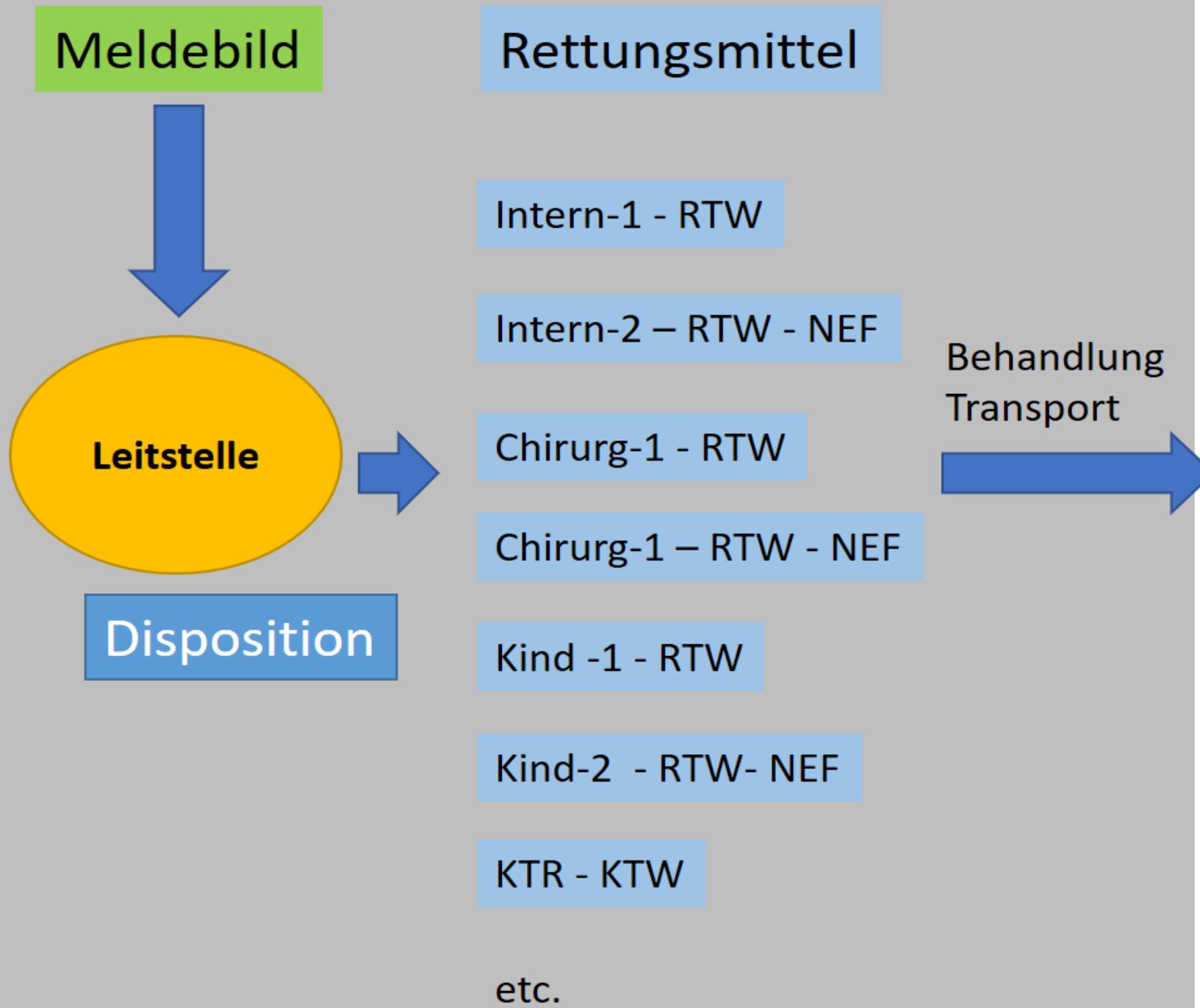
Gemischte Gefahren



Tabelle 2: GVS in der Systematik der Gefahrenabwehr

Bereiche	Gefahren von innen	Gefahren von außen	Mögliche Gefahren von Innen	Ressourcen der Gefahrenabwehr	Zeitfenster
Notfälle mit Lebensgefahr	X			NEF, RTW, RTH	Hilfsfrist 8-12 min
Unfälle mit Lebensgefahr	X	X		NEF, RTW, Feuerwehr, Polizei	Hilfsfrist 8-12 min
Notsituationen ohne Lebensgefahr		X	(X)	Notfall-KTW	Zeitkorridor bis 20 min
Akutfälle ohne Lebensgefahr			X	NEF RTW mit ärztlicher Supervision	Zeitkorridor bis 60 min

GVS-Klasse	Zustand	Einsatzmittel
GVS-1	Ambulante Versorgung mit Terminvereinbarung möglich Häusliche Umgebung	Arzt nach Vereinbarung (kein Zeitfenster)
GVS-2	Notsituation (Gefahr von aussen) – geringere Gefahr von innen Öffentlichkeit	Notfall-KTW (Patient zum Arzt) 20 min
GVS-3	Akutfall – Symptome abklärungsbedürftig Häusliche Umgebung	Hausbesuch 60 min Arzt, NEF, RTW+Telenotarzt
GVS-4	Lebensgefahr nicht ausgeschlossen	RTW Hilfsfrist
GVS-5	Konkrete Hinweise auf Lebensgefahr	RTW + NEF Hilfsfrist
GVS-6	Reanimation	Telefonreanimation+Ersthelfer+RTW+Notarzt
GVS-7	Tod vor Ort	Arzt vor Ort Arzt/NEF je nach Örtlichkeit



Abschluss von Rettungsdienst-Einsätzen nach GVS-Skala		
GVS-Skala	Erläuterung	Abschlussstichwort
kein Notfall - stabiler Patient - kann vor Ort bleiben (ohne Notarzt), keine zeitnahe Abklärung oder Behandlung erforderlich Terminvereinbarung mit Hausarzt (auch zum Hausbesuch) ist selbstständig möglich - kein Zeitdruck	keine oder Bagatellerkrankung (z.B. Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Gastroenteritis), Keine Schmerzen, bekommt gut Luft, kann gehen, möchte nicht ins Krankenhaus, ist voll entscheidungs- und handlungsfähig	GVS1
kein Notfall - stabiler Patient - kann vor Ort bleiben (mit Notarzt vor Ort), keine zeitnahe Abklärung oder Behandlung erforderlich Terminvereinbarung mit Hausarzt (auch zum Hausbesuch) ist selbstständig möglich - kein Zeitdruck	keine oder Bagatellerkrankung (z.B. Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Gastroenteritis), Keine Schmerzen, bekommt gut Luft, kann gehen, möchte nicht ins Krankenhaus, ist voll entscheidungs- und handlungsfähig	GVS1-N
leichte Erkrankung/Verletzung - Patient stabil in der Öffentlichkeit - Transport zur Arztpraxis / Krankenhaus Notfall-KTW (20min)	leichter Sportunfall, kleinere Verletzung in der Öffentlichkeit, hilflose Person ohne Vitalstörung, bekommt gut Luft, ist wach und ansprechbar, kann gut auf Fragen antworten, leichte Alkoholintoxikation. Bedrohung eher durch äußere Einflüsse (z.B. Wetter, kommt in der Umgebung nicht <u>zurecht</u> weil hilflos)	GVS2
Patient stabil - Akutfall zu Hause/in Betreuung - nicht mobil - Terminvereinbarung mit Hausarzt selbstständig nicht möglich - zeitnahe Abklärung / Behandlung erforderlich Hausbesuch (60 min)	keine Hinweise auf Vitalstörung, starke Schmerzen mit bekannter Ursache (z.B. <u>Lumbago</u> , Kolik), Patient kann klar antworten, Kein Hinweis auf eine Notfall-erkrankung. Bereits länger bestehende Symptomatik mit Verschlimmerung, Multimorbidität, <u>Chronische</u> Erkrankungen, Infektion ohne Bewusstseinsstörung und mit normaler Atmung	GVS3
Lebensgefahr nicht ausgeschlossen - Patient noch stabil RTW (8 min)	Unfall, häuslicher Notfall ohne eindeutige Bagatellsymptomatik, mögliche Vitalstörung. Rasche Abklärung notwendig. Akute Symptome ohne klar erkennbare Vitalstörung, durch RTW beherrschbare Notfallsituation (z.B. erhebliche Alkoholintoxikation gerade noch steuerungsfähig); Blutungen die beherrschbar erscheinen (Nasenbluten, einfache Verletzungen)	GVS4
akute Lebensgefahr - Patient instabil NEF+RTW (8min)	schwerer Unfall / Explosionen / Verbrennungen / CBRN mit schweren Verletzungsmustern, Ertrinken, schwere Intoxikation mit Vitalstörungen, akuter Brustschmerz, unklare Bewusstlosigkeit, akute Atemnot; starke Blutung, die nicht beherrschbar erscheint, (große Verletzungen, Bluterbrechen, Bluthusten, massive transanale Blutung), Krampfanfall, Infektion mit Bewusstseinsstörung, Blutdruckanstieg mit Notfallanzeichen (Kopfschmerz, Bewusstseinsstörung, Luftnot).	GVS5
Reanimation Ersthelfersystem-Telefonreanimation- NEF+RTW	Patient wurde reanimiert	GVS6
Tod (bereits <u>tot</u> vorgefunden) Arzt vor Ort	Todesfeststellung	GVS7

GVS-Klassen -> 1. Auswertung

GVS-Klasse	Einsatzmittel	1. Auswertung Juni (n=2000)
GVS-1	Amb. Vers. n. Terminvereinbarung	15%
GVS-2	Notfall-KTW (Patient zum Arzt)	35%
GVS-3	Akutfall – Hausbesuch 60 min	14%
GVS-4	RTW	24%
GVS-5	RTW + NEF	10%
GVS-6	Reanimation	0,6%
GVS-7	Tod vor Ort	1,22%

GVS-Klassen -> 2. Auswertung

GVS-Klasse	Einsatzmittel	1. Ausw. Juni (n=2000)	2. Aus. Juli (n=10000)
GVS-1	Amb. Vers. n. Terminvereinbarung	15%	15,6%
GVS-2	Notfall-KTW (Patient zum Arzt)	35%	34,4%
GVS-3	Akutfall – Hausbesuch 60 min	14%	15%
GVS-4	RTW	24%	23,3%
GVS-5	RTW + NEF	10%	10%
GVS-6	Reanimation	0,6%	0,5%
GVS-7	Tod vor Ort	1,22%	1%

GVS-Klassen -> 3. Auswertung

GVS-Klasse	Einsatzmittel	1. Ausw. Juni (n=2000)	2. Aus. Juli (n=10000)	3. Ausw. Aug (n=9000)
GVS-1	Amb. Vers. n. Terminvereinbarung	15%	15,6%	15,7%
GVS-2	Notfall-KTW (Patient zum Arzt)	35%	34,4%	31,6%
GVS-3	Akutfall – Hausbesuch 60 min	14%	15%	14,5%
GVS-4	RTW	24%	23,3%	25,8%
GVS-5	RTW + NEF	10%	10%	10,4%
GVS-6	Reanimation	0,6%	0,5%	0,6%
GVS-7	Tod vor Ort	1,22%	1%	1,3%

GVS-Klassen -> 4. Auswertung

GVS-Klasse	Einsatzmittel	1. Ausw. Juni (n=2000)	2. Aus. Juli (n=10000)	3. Ausw. Aug (n=9000)	4. Ausw. Sept. (n=8500)
GVS-1	Amb. Vers. Terminvereinbarung	15%	15,6%	15,7%	16.1%
GVS-2	Notfall-KTW (Patient zum Arzt)	35%	34,4%	31,6%	30,1%
GVS-3	Akutfall – Hausbesuch 60 min	14%	15%	14,5%	14,2%
GVS-4	RTW	24%	23,3%	25,8%	27,4%
GVS-5	RTW + NEF	10%	10%	10,4%	10,5%
GVS-6	Reanimation	0,6%	0,5%	0,6%	0,7%
GVS-7	Tod vor Ort	1,22%	1%	1,3%	1,0%

GVS-Klassen -> 5. Auswertung

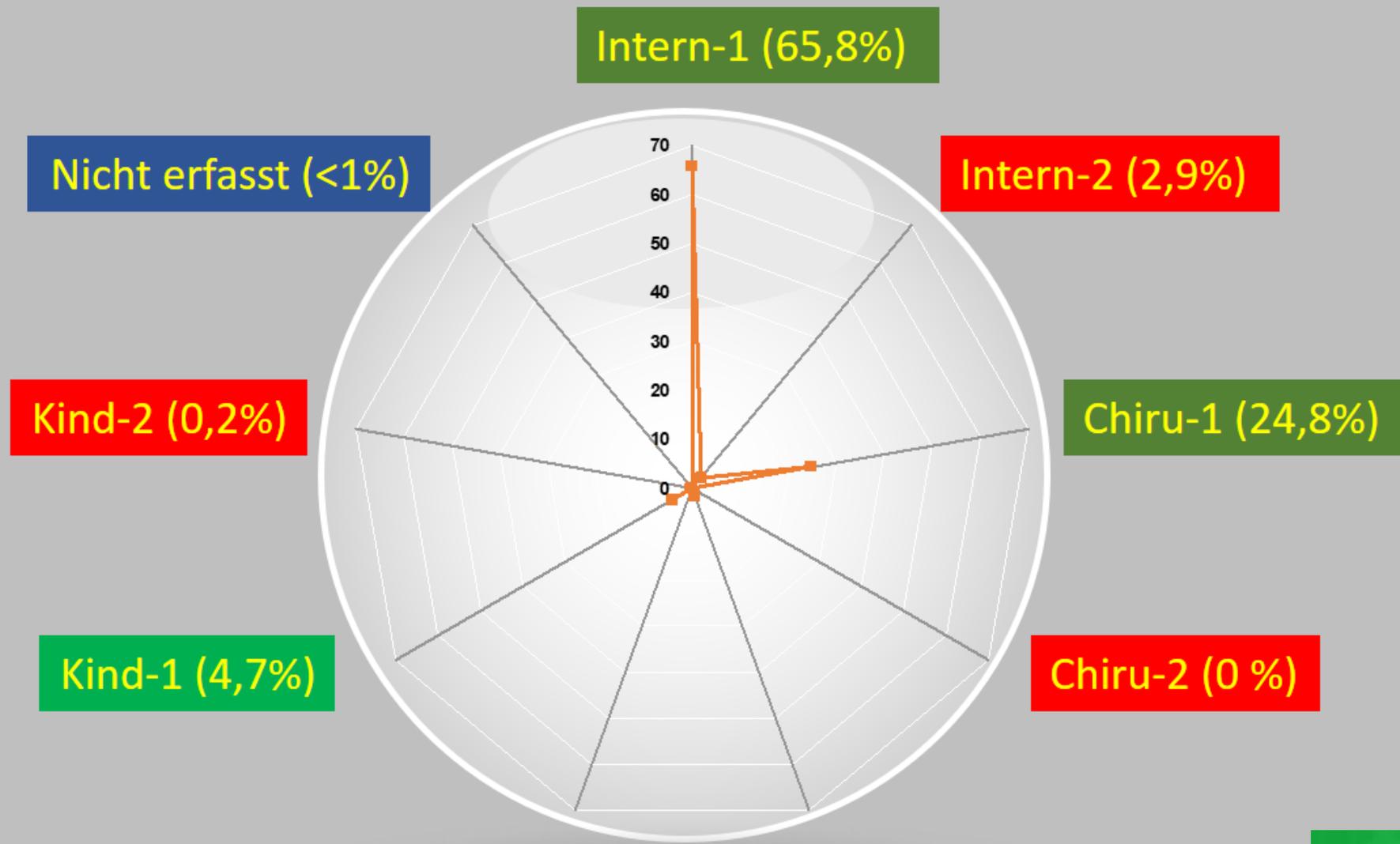
GVS-Klasse	Einsatzmittel	1. Ausw. Juni (n=2000)	2. Aus. Juli (n=10000)	3. Ausw. Aug (n=9000)	4. Ausw. Sept. (n=8500)	5. Ausw. Oktober (n= 8000)
GVS-1	Amb. Vers. Terminvereinbarung	15%	15,6%	15,7%	16.1%	16,3%
GVS-2	Notfall-KTW (Patient zum Arzt) 20 min	35%	34,4%	31,6%	30,1%	29,8%
GVS-3	Akutfall – Hausbesuch 60 min	14%	15%	14,5%	14,2%	14,3%
GVS-4	RTW 8 min	24%	23,3%	25,8%	27,4%	28%
GVS-5	RTW + NEF 8 min	10%	10%	10,4%	10,5%	9,9%
GVS-6	Reanimation 8 min	0,6%	0,5%	0,6%	0,7%	0,7%
GVS-7	Tod vor Ort	1,22%	1%	1,3%	1,0%	0,8%

Zusammenhang: Eröffnung – Rückmeldung

Verteilung in %

GVS-1 – ambulante Versorgung mit Terminvereinbarung möglich

96,9%

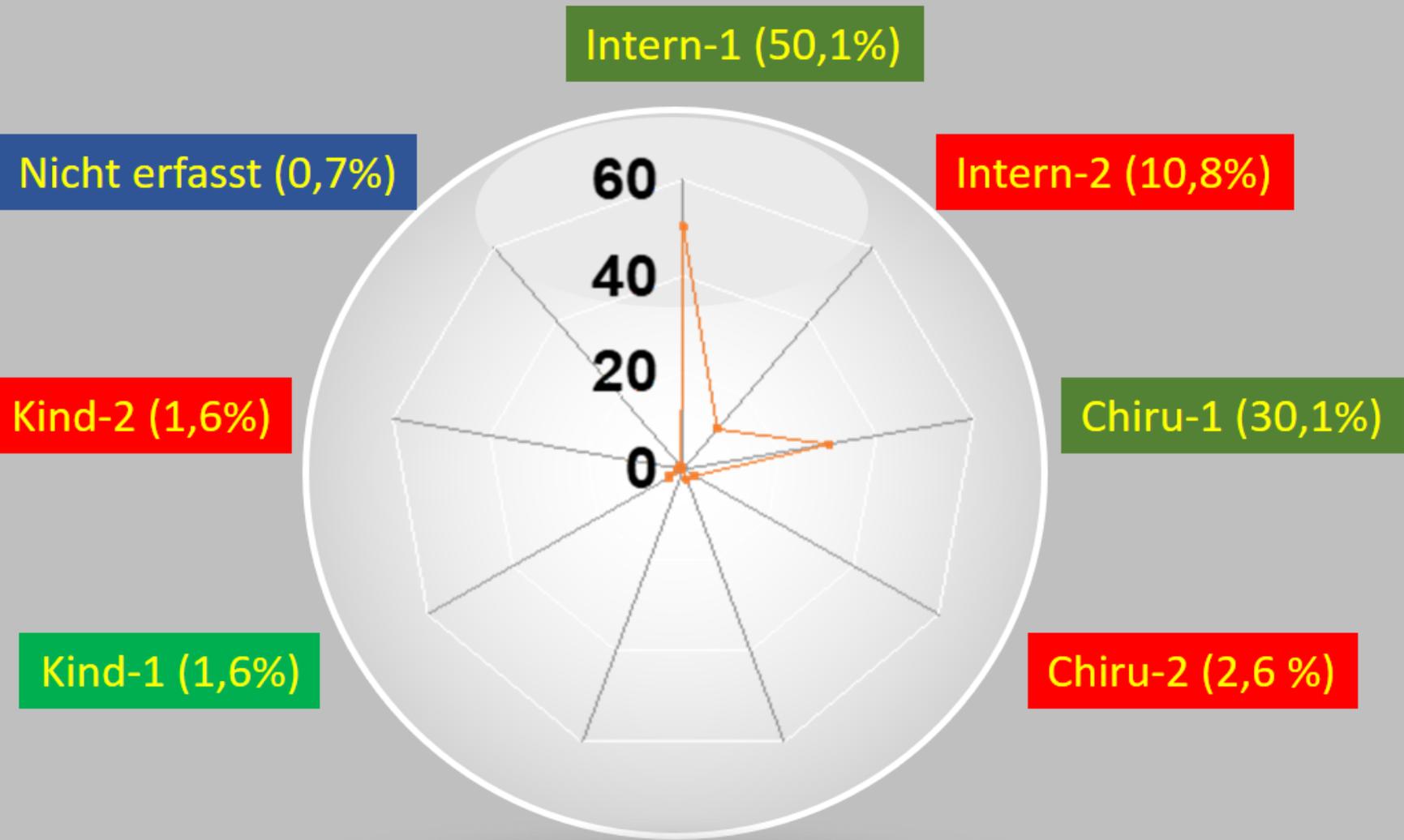


3,0%

Zusammenhang: Eröffnung – Rückmeldung

GVS-3 – Akutfall – 60 min Zeitfenster Hausbesuch

84 %

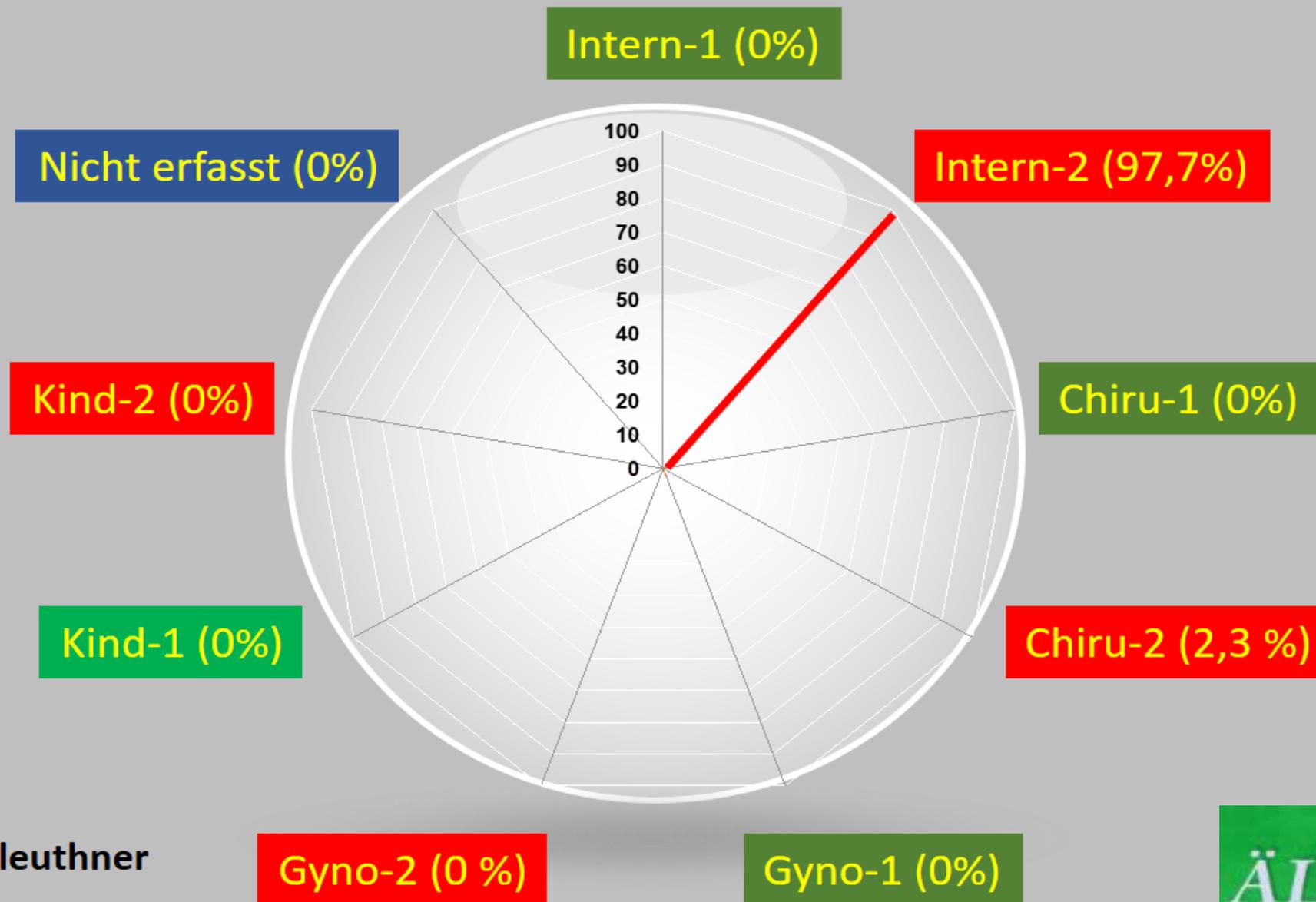


15,3%

Zusammenhang: Eröffnung – Rückmeldung

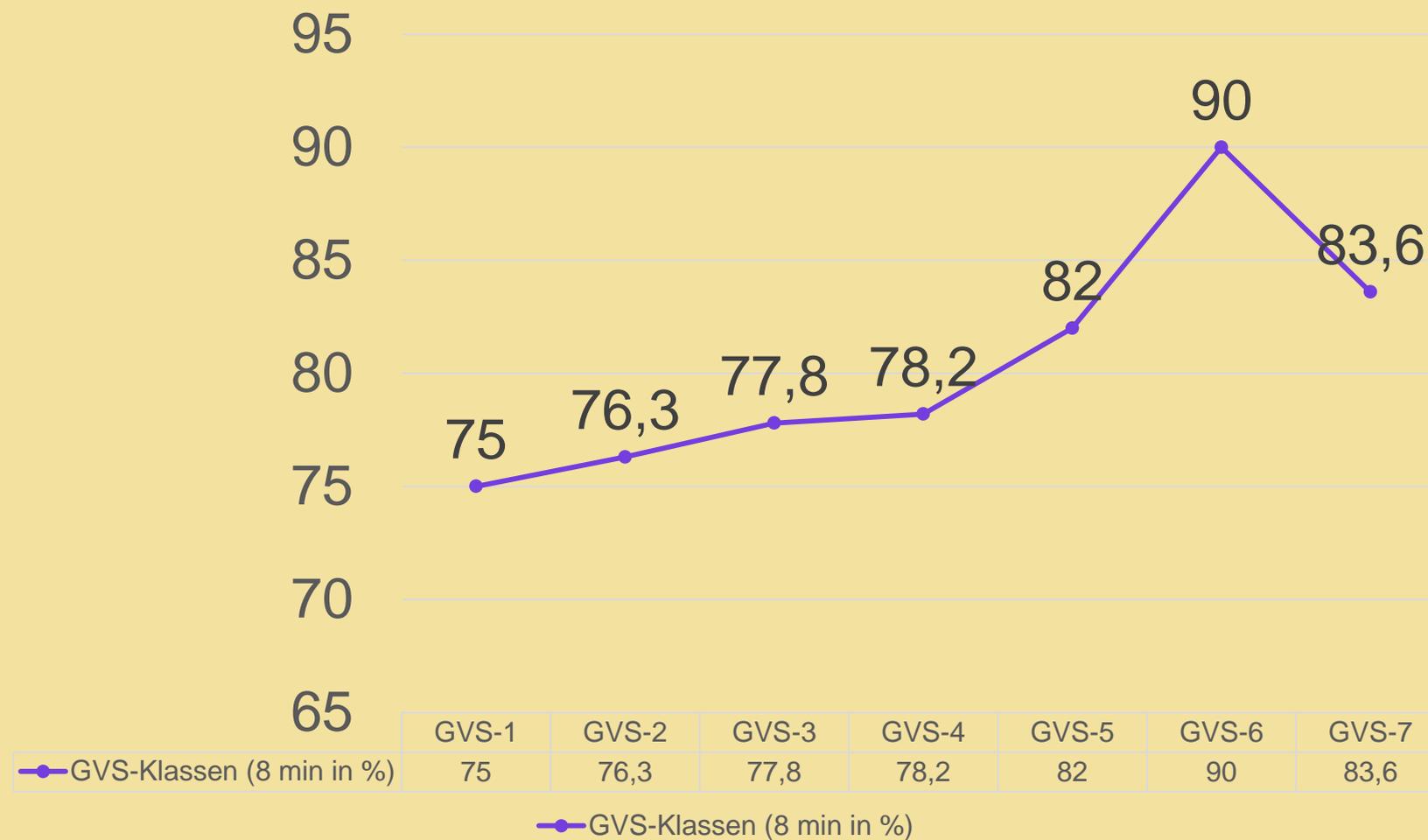
GVS- 6 – Reanimation

100 %

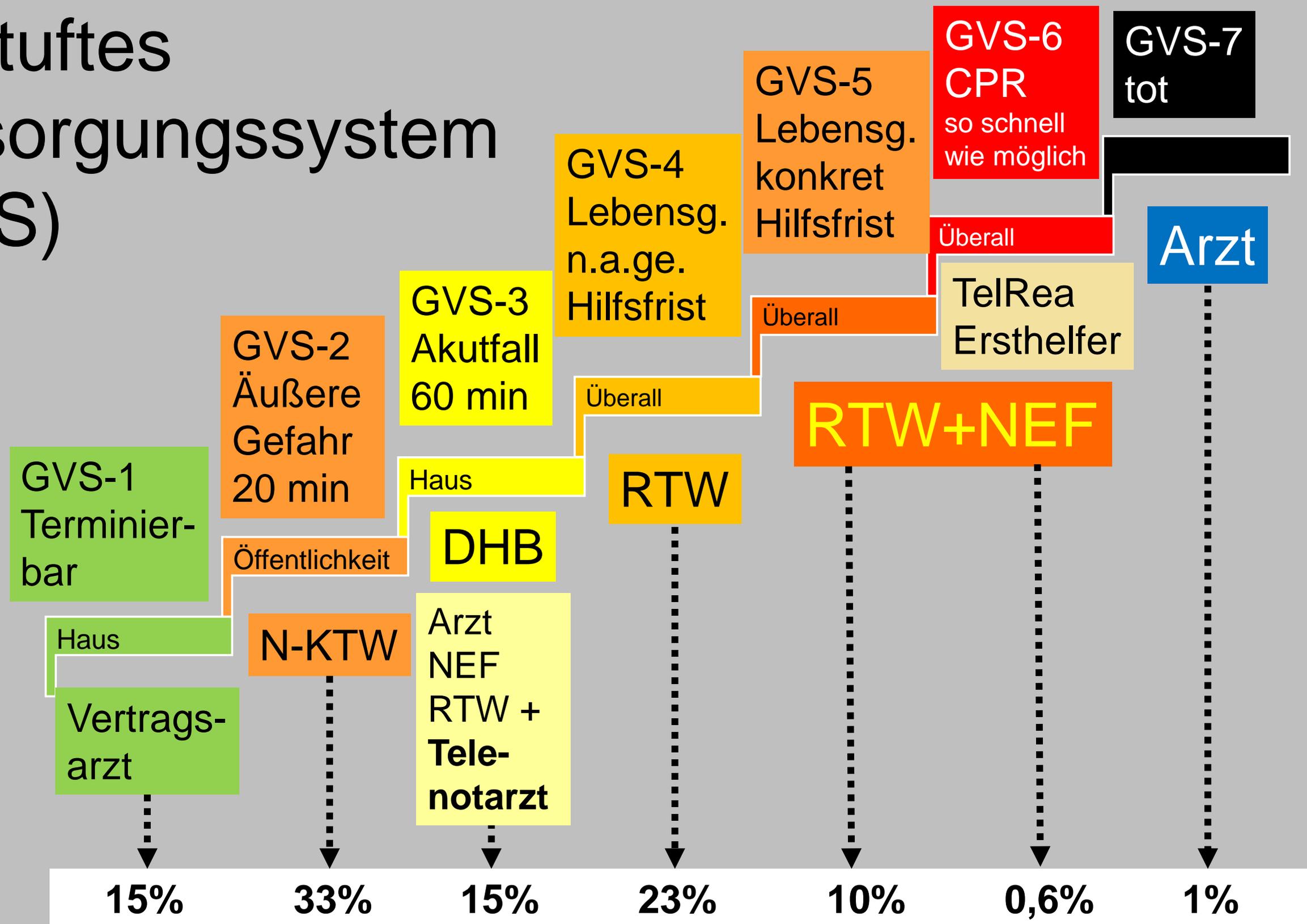


0 %

GVS-Klassen (8 min in %)



Gestuftes Versorgungssystem (GVS)



Ausblicke

1. Damit wir für die Notfallpatienten in der Hilfsfrist auch zur Verfügung stehen können, sollten wir ein gestuftes Versorgungssystem (GVS) aufbauen
2. Auf die Leitstellen kommen dabei außerordentlich anspruchsvolle Aufgaben zu
3. Ob das im bisherigen rechtlichen Rahmen möglich ist, oder ob er dafür geändert werden muss, ist noch offen und bedarf weiterer Untersuchungen
4. Die hier nicht erwähnte technische Nach- und Aufrüstung des Rettungsdienstes darf nicht vergessen werden

Vielen Dank

