

Notfall Rettungsmed
<https://doi.org/10.1007/s10049-018-0426-7>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2018



F. Flake¹ · L. Schmitt² · W. Oltmanns³ · M. Peter⁴ · S. Thate⁵ · F. Scheinichen⁶ · O. Peters¹

¹Bezirk Oldenburg, Rettungsdienst, Malteser Hilfsdienst gGmbH, Oldenburg, Deutschland

²Region Nord/Ost, Malteser Hilfsdienst gGmbH, Vechta, Deutschland

³Kreisverband Cloppenburg, Deutsches Rotes Kreuz, Cloppenburg, Deutschland

⁴Rettungsdienst Ammerland GmbH, Westerstede, Deutschland

⁵Berufsfeuerwehr Oldenburg, Oldenburg, Deutschland

⁶Schulungszentrum Nellinghof, Malteser Hilfsdienst gGmbH, Neuenkirchen-Vörden, Deutschland

Das Konzept Gemeindenotfallsanitäter/in

Projektskizze der Rettungsdienste Oldenburger Land zur optimierten Abwicklung von Notfalleinsätzen mit geringer vitaler Bedrohung

Warum steckt man Menschen in Rettungswagen, um sie dann in überfüllte Krankenhäuser zu bringen, wo ihnen nach Stunden des Wartens gesagt wird, dass es nicht notwendig war, sie in eine Klinik zu transportieren? (Zitat nach Prof. Andy Newton, Direktor des South East Ambulance Service).

Hintergrund und Problem- beschreibung

Seit Jahren steigen die Einsatzzahlen in der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung nach der GKV-KG2-Statistik kontinuierlich an (■ Tab. 1). Dabei handelt es sich meist um einen Anstieg der allgemeinen Hilfeersuchen, die nicht der Notfallrettung zuzuordnen sind. Das Einsatzspektrum reicht von leichtem Husten über Probleme mit dem Dauerkatheter bis zur Überforderung im Umgang mit einem demenzen Angehörigen. Als Gründe für kontinuierlich steigende Einsatzzahlen können exemplarisch genannt werden:

- Neuorganisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes mit größeren Einsatzgebieten und längeren Wartezeiten für die betroffenen Patienten,

- steigendes Anspruchsdenken und überschüssendes Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung,
- gehäufte soziale Einsatzindikationen,
- Reduktion der Krankenhäuser und Notaufnahmen insbesondere im ländlichen Raum mit längeren Anfahrtswegen und Einsatzzeiten der vorhandenen Rettungsmittel,
- demographische und sozioepidemiologische Veränderungen.

In einer retrospektiven Studie von 13.354 Einsätzen in zwei finnischen Rettungsdienstbereichen war bei 41,7 % der durch den Rettungsdienst gesichteten Patienten kein Transport notwendig. Ein Großteil der durch den Rettungsdienst beurteilten Patienten (48,2 %) wurde an die lokal installierten Gesundheitszentren verwiesen, 39,9 % der nicht transportierten Patienten wiesen auch keine Art von Indikation auf, die einen Transport notwendig gemacht hätten [1].

Aufgrund mangelnder Alternativen und bestehender Rechtsunsicherheit des Leitstellendisponenten wird in Deutschland in Zweifelsfällen ein Rettungsmittel in Form eines RTW (Rettungswagen) oder eines Mehrzweckfahrzeugs entsendet. Die Besatzung muss dann vor

Ort zunächst prüfen, ob es sich um einen Notfallpatienten handelt. Dies führt zu einer unnötigen Bindung von Rettungsmitteln und damit durch den anschließenden Transport des Patienten auch meist zur fehlerhaften Belegung der Notaufnahmen.

Aus diesen Problemen folgen systembedingt jährlich anzupassende Bedarfspläne für Personal und Rettungsmittel. Insbesondere der aktuell weiter zunehmende Fachkräftemangel, verbunden mit häufigeren nicht indizierten Einsätzen, verstärken die Unzufriedenheit des Personals [2]. Dies wiederum führt zu einer Abwärtsspirale mit Anstieg von Krankenstand, Kündigungen und Personalfluktuations.

Werden diese Herausforderungen in den kommenden Jahren nicht gelöst, besteht die Gefahr, dass das derzeitige System der präklinischen Versorgung kollabiert. Nicht zuletzt die Einführung des Berufsbildes Notfallsanitäter bzw. der Notfallsanitäterin ermöglicht jedoch innovative Ansätze.

Vor allem in amerikanischen und englischen präklinischen Versorgungssystemen wurde bereits vor Jahren erkannt, dass dem steigenden Einsatzaufkommen im Bereich der nicht lebensbedrohli-

Tab. 1 Einsatzzahlenentwicklung im präklinischen Bereich nach der GKV-Statistik (KG2, Leistungsfälle und -tage)

Einsatzzahlen	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Flugrettung	35.603	37.104	80.197	81.584	83.119	86.483	86.535
Krankentransport	2.357.080	5.317.425	5.393.696	5.782.613	6.326.451	6.535.864	6.316.549
Rettungstransport	1.642.997	1.696.354	3.625.970	3.962.982	4.390.775	4.705.794	5.032.977
Notarzt	888.228	913.298	1.774.304	1.912.035	2.011.793	2.117.875	2.139.600

Tab. 2 Struktur der am Projekt beteiligten vier Rettungsdienststräger

Landkreis/Stadt	Größe km ²	Einwohner	Einsätze 2016	Rettungsmittel (RTW/KTW/NEF)	Krankenhäuser	Besonderheiten
Vechta	812	137.000	25.000 (12.800 Notfälle)	15	3	Flächenlandkreis, hohe Industriedichte
Cloppenburg	1418	162.727	24.000 (11.000 Notfälle)	18	3	Flächenlandkreis, hohe Industriedichte, 23 Altenheime und 8 Sozialstationen
Oldenburg	103	166.000	39.000 (26.000 Notfälle)	31	3	Regionales Oberzentrum, Universitätsstadt, 66.000 Aufnahmen in KH
Ammerland	798	122.000	21.000 (11.500)	17	2	Klinikzentrum in Kooperation mit Bundeswehr

RTW Rettungswagen, KTW Krankentransportwagen, NEF Notarzteinsatzfahrzeug, KH Krankenhaus

chen Einsätze nicht mit der Installierung zusätzlicher Rettungsmittel begegnet werden kann. So konnten beispielsweise Agarwal et al. in einer aktuellen Untersuchung nachweisen, dass es nach Einrichtung eines Community Paramedic-Systems mit nachfolgenden Patientenbesuchen und Aufklärungsarbeit zur Verringerung der Anzahl an Notrufen und einem insgesamt besseren Gesundheitszustand der Patienten durch eine zielgerichtete Versorgung kam [3, 4].

Projektskizze

Aufgrund der beschriebenen Probleme haben vier benachbarte Rettungsdienststrägerschaften (Abb. 1) im Oldenburger Land ein System zur Integration des Gemeindefallsanitäters (G-NFS) entworfen und so an den deutschen Rettungsdienst adaptiert, dass eine Einführung zeitnah erfolgen kann. In Tab. 2 werden die Strukturen, Rahmenbedingungen und Besonderheiten der beteiligten Rettungsdienste dargestellt. Diese zeigen sowohl urbane als auch rurale Charakteristika, sodass die jeweiligen Besonderheiten städtischer und ländlicher Rettungsdienste im Rahmen des Gesamtprojekts abgebildet werden.

Im Jahr 2015 leisteten die Rettungsdienststräger die in der Tab. 3 dargestell-

ten Einsätze. Bei 53.753 Notfalleinsätzen fanden sich 14.513 Einsätze, die der Klassifizierung nach NACA I-II zuzuordnen waren (Tab. 4). Hier war der Einsatz des Rettungsdienstes also nicht indiziert, erfolgte jedoch mangels Alternativen.

Einschränkend gilt, dass NACA-Werte erst nach dem Einsatz erhoben werden. Somit kann eine Klassifizierung nicht bei Annahme des Notrufs erfolgen. Für eine sachgerechte Disposition müsste entweder das Konzept der standardisierten Notrufabfrage (SNA) oder ein Dispositionssystem wie z. B. das Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS) eingesetzt werden. Letzteres scheidet zur kurzfristigen Einführung jedoch aufgrund der Kosten und des enormen Schulungsaufwands aus.

Lösungsansatz Gemeindefallsanitäter/in

Beim G-NFS handelt es sich um einen weitergebildeten erfahrenen Notfallsanitäter, der allein am Ort des Hilfeersuchens tätig wird. Als Rettungsmittel kommt ein Fahrzeug analog eines Notarzteinsatzfahrzeuges (NEF) zum Einsatz. Die Ausstattung wird auf den Bedarf des Gemeindefallsanitäters adaptiert. Die Disposition erfolgt ausschließlich über die zuständige Rettungsleitstelle.

Aufgabenbeschreibung

Der G-NFS soll primär eingesetzt werden, um Hilfeersuchen aus der Bevölkerung abuarbeiten, bei denen es sich explizit nicht um bereits in der Leitstelle identifizierte Notfalleinsätze handelt.

Er hat neben der Funktion der Sichtung vor Ort eine Behandlungs- und Zuweisungskompetenz. Diese erstreckt sich sowohl auf das Stellen einer ersten Arbeitsdiagnose, die Kontaktaufnahme zu nach- und nebengelagerten Versorgungssektoren, Nachforderung geeigneter Rettungsmittel bei Transportindikation als auch auf die Durchführung pflegerisch-medizinischer Maßnahmen in einem noch näher zu definierenden Rahmen.

Zeigt sich keine dringliche Notfallindikation, kann der G-NFS das weitere Vorgehen als „medizinischer Wegweiser“ mit dem Hilfesuchenden erarbeiten:

- Ist die Anwesenheit eines Hausarztes oder eines Pflegedienstes erforderlich?
- Reicht in Absprache mit dem Hausarzt die Vorstellung in der Sprechstunde?
- Wird ein Krankentransport notwendig?
- Kann der G-NFS selbst behandeln?

Gemeindenotfallsanitäter können die Koordination der Hilfe vor Ort zwischen Hausarzt, Krankenhaus, Altenheim oder Pflegedienst übernehmen.

Die größte Herausforderung wird es sein, die Hilfeersuchenden zu identifizieren, die entgegen der Erwartungen des erfahrenen Disponenten oder entgegen der standardisierten Notrufabfrage doch eine Notfallindikation aufweisen. Aufgrund der notfallmedizinischen Ausbildung und Erfahrung zählt die Identifikation eines Notfalls aber zu den Kernkompetenzen eines Notfallsanitäters oder einer Notfallsanitäterin. Bei Vorliegen eines Notfalls wird der G-NFS die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes oder eines RTW nutzen, um den Patienten adäquat zu versorgen. Somit kann sich die *On-Scene-Time* der nachfolgenden Rettungsmittel ebenfalls verkürzen.

Einsatzindikationen

- Einsätze mit einem zu erwartenden NACA I und NACA II (ggf. auch nach dem primären Einsatz eines anderen Rettungsmittels),
- wiederholte Anfragen durch Personen, die unbedingt ein Rettungsmittel wünschen,
- notwendige kurzfristige medizinische Interventionen, wie z. B. Verabreichung eines fiebersenkenden Mittels oder eines β -Sympathomimetikums – ggf. unter Einbindung telemetrischer und -medizinischer Elemente,
- in überschaubarer Zeit fehlende Verfügbarkeit des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes bei Einsätzen, in denen der Disponent derzeit zur eigenen Absicherung ein Rettungsmittel entsenden müsste.
- Verkürzung des therapiefreien Intervalls bei Notfalleinsätzen, für die kein freies Rettungsmittel zur Verfügung steht,
- Nachalarmierung zur Transportbegleitung.

Aus Sicht der Projektbeteiligten handelt es sich um eine Aufwertung des Berufs Notfallsanitäter(in), da dieser in einem weiteren Bereich eigenständig tätig wird. Aufgrund der zusätzlichen Ausbildung und Kompetenzerweiterung wird eine

Notfall Rettungsmed <https://doi.org/10.1007/s10049-018-0426-7>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

F. Flake · L. Schmitt · W. Oltmanns · M. Peter · S. Thate · F. Scheinichen · O. Peters

Das Konzept Gemeindenotfallsanitäter/in. Projektskizze der Rettungsdienste Oldenburger Land zur optimierten Abwicklung von Notfalleinsätzen mit geringer vitaler Bedrohung

Zusammenfassung

Steigende Einsatzzahlen in der präklinischen Notfallversorgung erfordern neue Strategien. Aktuell wird auf diese Problematik überwiegend mit einer Ausweitung, also einer Anzahlerhöhung, der vorgehaltenen Rettungsmittel reagiert. Dieser Lösungsansatz erscheint jedoch nicht ausreichend und verschärft das Problem der Fehlversorgung weiter, indem Rettungsmittel nicht indikationsgerecht disponiert werden. Ein möglicher Lösungsansatz in dieser Situation ist das Konzept des Gemeindenotfallsanitäters (G-NFS). Die zielgerichtete Disposition des G-NFS für allgemeine Hilfeersuchen könnte der Fehldisponierung höherwertiger

Rettungsmittel entgegenwirken. Gleichzeitig würden alle Hilfeersuchen an einer Rettungsleitstelle bearbeitet werden können. In einem zweijährigen Projektzeitraum wird unter Beteiligung von vier Rettungsdienstträgern im Oldenburger Land überprüft, ob der G-NFS eine zeitgemäße Antwort auf die wachsenden Anforderungen in der ambulanten notfallmedizinischen Versorgung bieten kann.

Schlüsselwörter

Notfallsanitäter · NACA I-III · Einsatzsteigerungen · Ambulante Versorgung · Systemoptimierung

The concept of community paramedics. A project of the Oldenburger Land Emergency Medical Services for the optimized handling of emergency cases with low vital threat

Abstract

The yearly increase in prehospital care provided by emergency medical services (EMS) requires novel strategies. The current response to this requirement is an expansion of ambulance services. However, this approach does not seem to be sufficient and intensifies the problem of misuse of ambulances. Community paramedics are a possible solution in a modern emergency medical system. By dispatching community paramedics for general requests for assistance, advanced life support (ALS) units are not incorrectly dispatched. At the same

time, all help requests will be processed by the same rescue coordination center. In a 2-year project, four rescue service providers in Oldenburg Land will be examining whether community paramedics can provide a timely response to the growing needs of outpatient emergency medical care.

Keywords

Paramedic · NACA I-III · Emergency service use · Outpatient treatment · System optimization

entsprechend höhere Vergütung angestrebt.

Im Rahmen eines systematischen Reviews wiesen Redaelli et al. unter Mitwirkung der Bundesärztekammer – ohne Rettungsdienstmitarbeiter explizit zu erfassen – zusammenfassend nach, dass der Einsatz von nichtärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten sowohl effektiv als auch effizient sein kann. Insbesondere zeigte sich bei Versorgung durch Nichtärzte eine hohe Patientenzufriedenheit. Bei der Patientensicherheit fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Be-

rufgruppen. Bei Einsatz von adäquaten Unterstützungsinstrumenten zur Dokumentation – digital und papiergestützt – war eine Gleichwertigkeit bei den Patientenoutcomes zu konstatieren [5].

Qualifikation zum Gemeindenotfallsanitäter/in

Um als G-NFS tätig werden zu können, bedarf es einer spezifischen Qualifizierung von Notfallsanitäter(innen). Für das Pilotprojekt sind folgende Qualifikationen vorgesehen:



Abb. 1 ◀ Karte Einsatzbereich. Der Landkreis Vechta (gelb markiert) ist ein eigener Leitstellen- und Wirkungsbereich, alle anderen Bereiche sind an die Großleitstelle Oldenburger Land angeschlossen. Der Bereich Wesermarsch und Delmenhorst gehört ebenfalls zur Großleitstelle Oldenburger Land, ist aber nicht Projektpartner. WHV Wilhelmshaven, OL Oldenburg, HB Bremerhaven, DEL Delmenhorst

- Berufserfahrung im Rettungsdienst von mindestens 5 Jahren,
- Mindestalter von 25 Jahren,
- erfolgreicher Abschluss zum Notfallsanitäter/in.

Die Weiterbildung soll in einem dreimonatigen Lehrgang (480 h in Vollzeit) mit aufeinander abgestimmten praktischen und theoretischen Unterrichtsphasen erfolgen. Unterrichtsorte werden eine Rettungsdienstschule, verschiedene Kliniken und Hausarztpraxen sein.

In Praxiseinsätzen sollen die praktischen Fertigkeiten zur Durchführung ausgewählter Maßnahmen erlernt und vertieft werden, um eine selbständige Durchführung zu gewährleisten. Exemplarisch sind hier Maßnahmen wie Verbandwechsel, Wundbeurteilung oder Katheterwechsel genannt.

In der Weiterbildung werden die Kompetenzbereiche fachliche, soziale, methodische und personale Kompetenz gleichwertig vermittelt. Zudem ist das Training der festgelegten Algorithmen und Standard Operating Procedures (SOP) in möglichst realitätsnahen Szenarien integrativer Bestandteil der Weiterbildung.

Nach Abschluss der Weiterbildung soll der G-NFS insbesondere folgende Aufgaben durchführen:

- Beurteilung des Schweregrads der Erkrankung oder Verletzung,
- Auswahl des geeigneten Transportmittels,
- Bestimmung des Transportziels,
- Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen,
- Alarmierung und Einbindung weiterer Fachdienste (Pflegedienste, Sozialämter, Ordnungsämter, niedergelassene Fachärzte),
- Anwendung von pflegerischen und medizinischen Maßnahmen, die einen Transport in eine Klinik vermeiden,
- ggf. Durchführen notfallmedizinischer Maßnahmen,
- rechtssichere Dokumentation.

Die Weiterbildung endet mit einer Abschlussprüfung. Die Weiterbildungsbezeichnung Gemeindefallsanitäterin bzw. Gemeindefallsanitäter darf nur

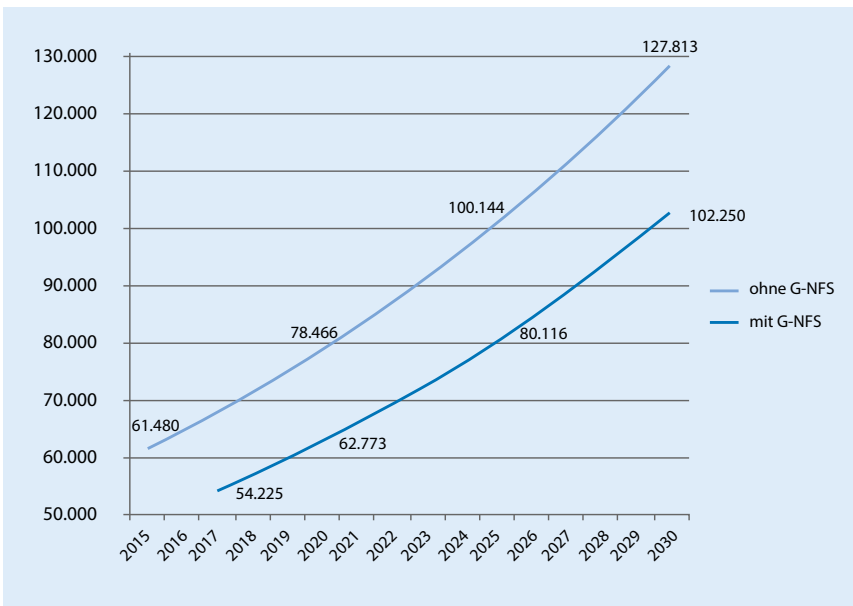


Abb. 2 ▲ Zu erwartende Entwicklung der Einsatzzahlen in den beteiligten Kommunen bei angenommener 5%iger Steigerung pro Jahr ohne Gemeindenotfallsanitäter (G-NFS) bzw. bei Einsatz des G-NFS, wenn dieser 20% aller NACA I-II-Einsätze abarbeitet. (NACA National Advisory Committee for Aeronautics)

Tab. 3 Klassifikation von Notfällen entsprechend der NACA. Eine Erhebung ist grundsätzlich erst nach einem Einsatz möglich

NACA	Befund
I	Geringfügige Störung. Keine ärztliche Intervention erforderlich
II	Leichte bis mäßig schwere Störung. Ambulante ärztliche Abklärung, in der Regel aber keine notärztlichen Maßnahmen erforderlich
III	Mäßige bis schwere, aber nicht lebensbedrohliche Störung. Stationäre Behandlung erforderlich, häufig auch notärztliche Maßnahmen vor Ort
IV	Schwere Störung, bei der die kurzfristige Entwicklung einer Lebensbedrohung nicht ausgeschlossen werden kann; in den überwiegenden Fällen ist eine notärztliche Versorgung erforderlich
V	Akute Lebensgefahr
VI	Reanimation
VII	Tod

NACA National Advisory Committee for Aeronautics

Tab. 4 Einsatzzahlen RTW aus dem Jahr 2015 im Bereich NACA I-II und III in den beteiligten Kommunen. Ziel wäre eine Reduzierung im Projektzeitraum um 20–30 %

	Anzahl aller Einsätze der Notfallrettung 2015	NACA I-II	NACA III
Landkreis Ammerland	10.379	2802	5086
Landkreis Cloppenburg	13.015	3514	6377
Landkreis Vechta	11.701	3159	5733
Stadt Oldenburg	18.658	5038	9142
Gesamt	53.753	14.513	26.339

RTW Rettungswagen, NACA National Advisory Committee for Aeronautics

Tab. 5 Vergleich der derzeitigen Kompetenzen VERAH® und AGnES im Vergleich zu den ange-dachten Kompetenzen des Gemeindefallsanitäters

VERAH/AGnES	G-NFS
Motivation von Patienten zur aktiven Beteiligung an den Diagnose- und Therapiemaßnahmen	Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung oder Verletzung
Unterstützung des Hausarztes durch standardisierte Methoden und Techniken bei der Versorgung und beim Fallmanagement der Patienten	Auswahl des geeigneten Transportmittels
In Zusammenarbeit mit Patienten und Hausarzt Erstellung individueller Versorgungspläne	Bestimmung des Transportziels
Einschätzung der jeweiligen individuellen Patientensituation unter Verwendung eines gängigen Assessmentverfahrens	Kommunikation mit den Betroffenen und Angehörigen
Eigenständige Durchführung delegierter Hausbesuche und Unterstützung des Hausarztes bei Diagnose-, Therapie- und Präventionsmaßnahmen	Durchführung erforderlicher medizinischer Maßnahmen
Bildung einer Schnittstelle zwischen Arzt, Patient und sozialen Netzwerken (ambulante Pflegedienste, Sanitätshäuser, Fachärzte, Krankenhäuser, Patientenselbsthilfegruppen usw.)	Anwendung von Maßnahmen, die einen Transport in eine Klinik vermeiden
Entlastung des Arztes durch Beurteilung und Dokumentation von chronischen Wunden und in Abstimmung selbstständige Behandlung	Empathie für den Betroffenen
Laufende Optimierung der Effizienz des Praxismanagements	Maßnahmen und Entscheidungen dokumentieren

VERAH Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, AGnES arztentlastende, gemeindenaher, E-Healthgestützte, systemische Intervention, G-NFS Gemeindefallsanitäter

nach erfolgreicher Überprüfung getragen und verwendet werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Der G-NFS ist Bestandteil des vorhandenen Rettungsdienstes, unter der medizinischen Aufsicht des ärztlichen Leiters Rettungsdienst. Sein Handeln unterliegt gültigen Leitlinien [6] und soll in Algorithmen spezifiziert werden. Denkbar ist hier auch die Integration der Telemedizin als Backup. In Einzelfällen kann eine ärztliche Konsultation eine Entscheidung zum weiteren Vorgehen herbeiführen.

Um ein solches Modell erfolgversprechend umzusetzen, muss das mit einem G-NFS besetzte Fahrzeug als Rettungsmittel anerkannt und im jeweiligen Rettungsdienstgesetz verankert werden. Im Rahmen der Überprüfung der Einhaltung von Hilfsfristen wäre dieses wie z. B. ein RTW zu bewerten. Ein Organisationsverschulden für den Träger des Rettungsdienstes wäre damit ausgeschlossen. Der Disponent in der Rettungsleitstelle unterliegt somit keiner Haftung, sollte es sich wider Erwarten vor Ort doch um einen Notfall handeln. Im Bereich der Projektbeteiligten ist dieser Schritt bereits durch eine Absichtserklärung durch das Innenministerium Niedersachsen geklärt.

Ebenfalls ist zu klären, inwieweit der G-NFS notwendige Entscheidungen vor Ort wirklich treffen kann. Hier muss ein Höchstmaß an Handlungssicherheit hergestellt werden. Dies muss in regelmäßigen Abständen während des laufenden Projekts evaluiert werden.

Projektperspektiven

Neben der Betrachtung der gesundheitsökonomischen und prozessualen Möglichkeiten und Grenzen bietet dieser innovative Ansatz zudem aus Sicht der Personalentwicklung eine Weiterbildungsoption für das rettungsdienstliche Fachpersonal.

Im Rahmen des Projekts kann die Schlüsselfunktion der Rettungsleitstellen intensiv untersucht werden [6]. Zwar sind standardisierte Abfrageprotokolle implementiert, doch müssen diese auf die neu einzusetzende Ressource abge-

stimmt werden. Eine qualitativ hochwertige Notrufabfrage stellt den entscheidenden Baustein einer zielgerichteten Disposition dar. Daher bietet das Projekt ebenfalls den Ansatz, an dieser zentralen Stelle Optimierungspotenziale zu identifizieren. Die erforderliche Schulung der Disponenten muss sicherstellen, dass die Funktion des G-NFS anhand von eindeutigen Kriterienkatalogen in die Alarm- und Ausrückeordnungen (AAO) integriert wird.

Unabhängig hiervon ist eine Betrachtung anderweitiger Ansätze aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung sinnvoll. Projekte wie VERAH, EVA und AGnES [7–10] geben bereits Antworten auf bestehende Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung. Die Übertragbarkeit von Handlungen ist hier noch zu untersuchen. Eine Gegenüberstellung der Kompetenzen innerhalb der unterschiedlichen Konzepte findet sich in **Tab. 5**.

Für eine erfolgreiche Projektimplementierung ist die konsequente wissenschaftliche Begleitung in Bezug auf Fragen der Versorgungsforschung, der Gesundheitsökonomie sowie aus pädagogischer Sicht unabdingbar. Dies wurde bereits in der Planung durch Berücksichtigung entsprechender Ressourcen und Zusage geeigneter Partner sichergestellt.

Projektziele

Durch gezielte Alarmierung der neu geschaffenen Ressource Gemeindefallsanitätär(in) sollen die Einsatzzahlen der Notfallrettungsmittel in Bezug auf NACA I-II Einsätze reduziert werden. So könnten zukünftig weitere Rettungsmittel- und Personalbedarfsausweitungen eingegrenzt oder gar ganz vermieden werden. **Abb. 2** zeigt die zu erwartende Entwicklung der Einsatzzahlen in den beteiligten Kommunen bei angenommener 5%iger Steigerung.

Durch die direkte Zuweisung der Patienten in geeignete Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung könnten überlastete Bereiche (z. B. Notaufnahmen) entlastet werden.

Erwartet wird ebenfalls eine Steigerung der Motivation des Rettungsfach-

personals durch zielgerichteten Einsatz, Reduzierung der Gesamteinsatzzahlen und Vermeidung nicht notwendiger Einsätze. Die Schaffung einer beruflichen Perspektive durch die Weiterbildung zum G-NFS rundet die Ziele dieses Projekts ab.

Fazit für die Praxis

- Der G-NFS kann zu einem innovativen Lösungsansatz zur Kompensation des steigenden Einsatzaufkommens werden.
- Die Wirksamkeit des G-NFS wird in einem zweijährigen Projektzeitraum überprüft. Das Projekt wird vom niedersächsischen Innenministerium als für den Rettungsdienst zuständige Behörde und von den Kostenträgern unterstützt.
- An der Ausgestaltung des Projekts wird gemeinsam mit den beteiligten Rettungsdienstträgern, Kostenträgern und dem Innenministerium gearbeitet. Die Kostenzusage ist bereits erfolgt, sodass der Start im Jahr 2018 erfolgen kann.

Korrespondenzadresse

F. Flake

Bezirk Oldenburg, Rettungsdienst, Malteser Hilfsdienst gGmbH
Nadorster Str. 133a, 26123 Oldenburg, Deutschland
frank.flake@malteser.org

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Flake, L. Schmitt, W. Oltmanns, M. Peter, S. Thate, F. Scheinichen und O. Peters geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Hoikka M, Silfvast T, Ala-Kokko TI (2017) A high proportion of prehospital emergency patients are not transported by ambulance: a retrospective cohort study in Northern Finland. *Acta Anaesthesiol Scand* 61:549–556. <https://doi.org/10.1111/aas.12889>
2. Flake F (2017) Problematiken der Personalsituation im deutschen Rettungsdienst – Sind Lösungen

in Sicht? *Notfall Rettungsmed* 5:458–460 und 6:556–557

3. Agarwal G et al (2017) 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). *BMC Emerg Med* 17:8
4. Snooks H et al (2002) NHS emergency response to 999 calls: alternatives for cases that are neither life threatening nor serious. *BMJ* 325:330–333
5. Redaelli M, Stock S, Simic D, Wilm S, Bundesärztekammer (2013) Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“. *Gesundheitswesen* 08/09:503–509
6. Fischer M et al (2016) Eckpunktepapier 2016 zur Notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. *Notf Rettungsmed* 19(5):387–395
7. van den Berg N, Kleinke S, Heymann R, Oppermann RF, Jakobi B, Hoffmann W (2010) Transfer of the AGnES concept to the regular German health-care system: legal evaluation, reimbursement, qualification. *Gesundheitswesen* 72:285–292
8. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C et al (2009) AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz (Originalartikel). *Dtsch Arztebl* 106(1):3–9
9. Schmidt K (2009) Agnes, Verah oder Eva – Schwestern des Hausarztes – Versorgung im Team. *Notf Hausarztmed* 35(5):231
10. van den Berg N, Dreier A, Rogalski H (2009) Das AGnES Curriculum – Evidenzbasierte Qualifizierungsinhalte und Praxiskompetenzen aus den AGnES Modellprojekten (2005–2008) für die Durchführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten nach § 87 Abs. 2b SGB V. Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Reihe G, Band 7. Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg