

Frank Flake (Oldenburg)

WIE DER GEMEINDENOTFALLSANITÄTER DAS SYSTEM ENTLASTEN KANN?

# Interessenkonflikt / Referent

## Frank Flake

- Notfallsanitäter
- Leiter Rettungsdienst  
Landkreis Oldenburg
- 2. Vorsitzender DBRD  
e.V.
- Mitglied der Projekt-  
gruppe Gemeinde-  
Notfallsanitäter



*Es bestehen keine weiteren Interessenkonflikte*



# 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



1 – WELCHE IDEE STECKT DAHINTER



# Veränderungen haben ihre Folgen!

Wir stehen mit dem Rücken an der Wand

Neu-/ Umorganisation  
ärztlicher  
Bereitschaftsdienst

gestiegener  
Versorgungs-  
anspruch

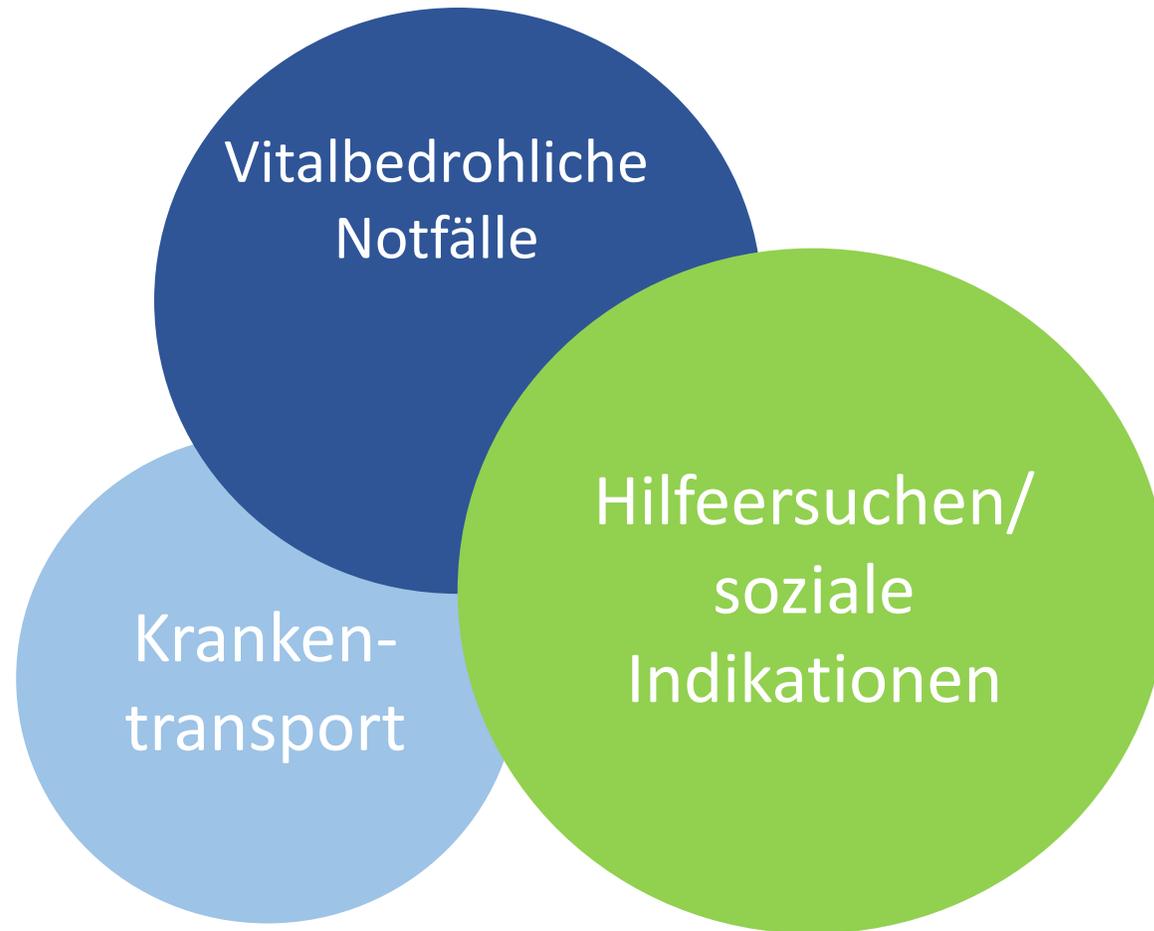
Demographischer  
Wandel

Fachkräftemangel

Ausdünnung  
Kliniklandschaft



Wie sieht die Realität aus?



# Warum?

- Anzahl Einsätze nicht-lebensbedrohlicher Erkrankungen/ Verletzungen nimmt seit Jahren zu.
- Deutschlandweit jeder dritte Einsatz im Nachhinein kein echter Notfall (DRK-Stichtag Auswertung 2014). Im Oldenburger Land wurden 27% der Notfalleinsätze im Nachhinein als „relativer Fehleinsatz“ bewertet (2015).
- Vier Rettungsdienstträgerschaften im Oldenburger Land haben daraufhin das System „Gemeindenotfallsanitäter“ entwickelt. Vorbild: Community Paramedic-System (u.a. seit 2009 in den USA, Groß Britannien etabliert).
- Ziel: Abarbeitung von Hilfeersuchen aus der Bevölkerung, bei denen es sich explizit nicht um bereits in der Leitstelle identifizierte Notfälle handelt.
- Rettungsfachpersonal ist aufgrund seiner notfallmedizinischen Ausbildung besonders geeignet.



# Triagieren / Das „Auge“ der Leitstelle

Aufgabe des Gemeindefallsanitäters

## Ärztlicher Notdienst

- Keine Verfügbarkeit zu einer festgelegten Frist
- Zurück verweisen

## Transport

- Entscheidung über Notwendigkeit
- Entscheidung über Ziel
- Entscheidung über Transportmittel

## Behandlung

- um Transport zu vermeiden
- um die Zeit überbrücken
- Schweregrad beurteilen

## Hausarzt

- Ist ein HA jetzt erforderlich?
- Reicht die Vorstellung in der Sprechstunde?



## 2 – QUALIFIKATIONEN

# Welche Qualifikationen sind erforderlich?

Was muss ich bereits haben bzw. sein?



Notfallsanitäter



5 Jahre Berufserfahrung im  
Rettungsdienst



Mindestalter 25 Jahre



ggf. Zusatzqualifikationen



# Weiterbildungsinhalte

Was gab es „obendrauf“?



12-Wöchiges Trainingsprogramm



4 Wochen Theorie an den Berufsfachschulen



8 Wochen Hospitation



Lernzielkontrolle (m/s/p)



# Praktika & Hospitationen

- Gemeindenotfallsanitäter 32h
- Hausarztpraxis 80h
- Pädiatrische Praxis 40h
- Gerontologische Station/Einrichtung der Altenpflege 40h
- Durchgangsarztpraxis / Chirurgische Ambulanz 40h
- Urologische Einrichtung 40h
- Leitstelle 8h



# Wichtig zu wissen...

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

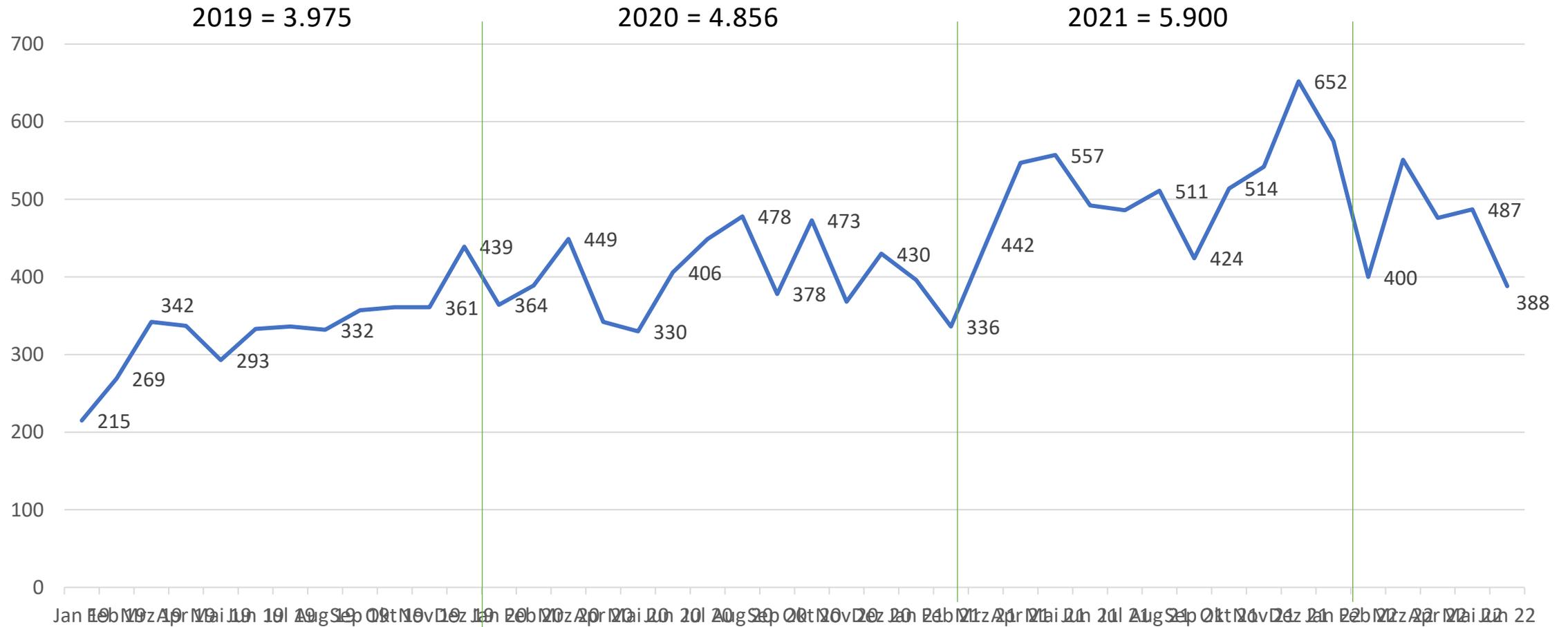


## 3 – WAS WIR BIS JETZT ERKENNEN



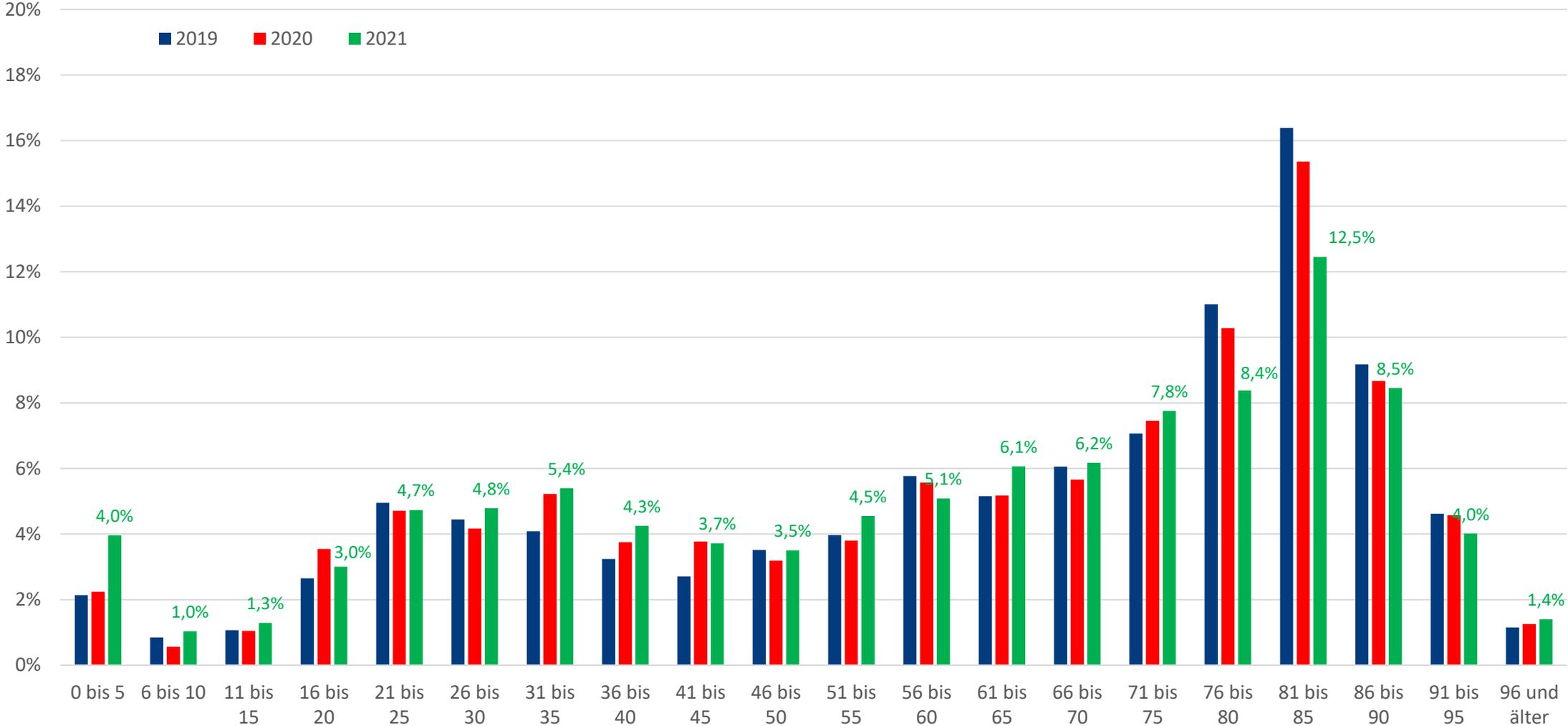


# Entwicklung GNFS-Einsatzzahlen 2019 – Juni 2022



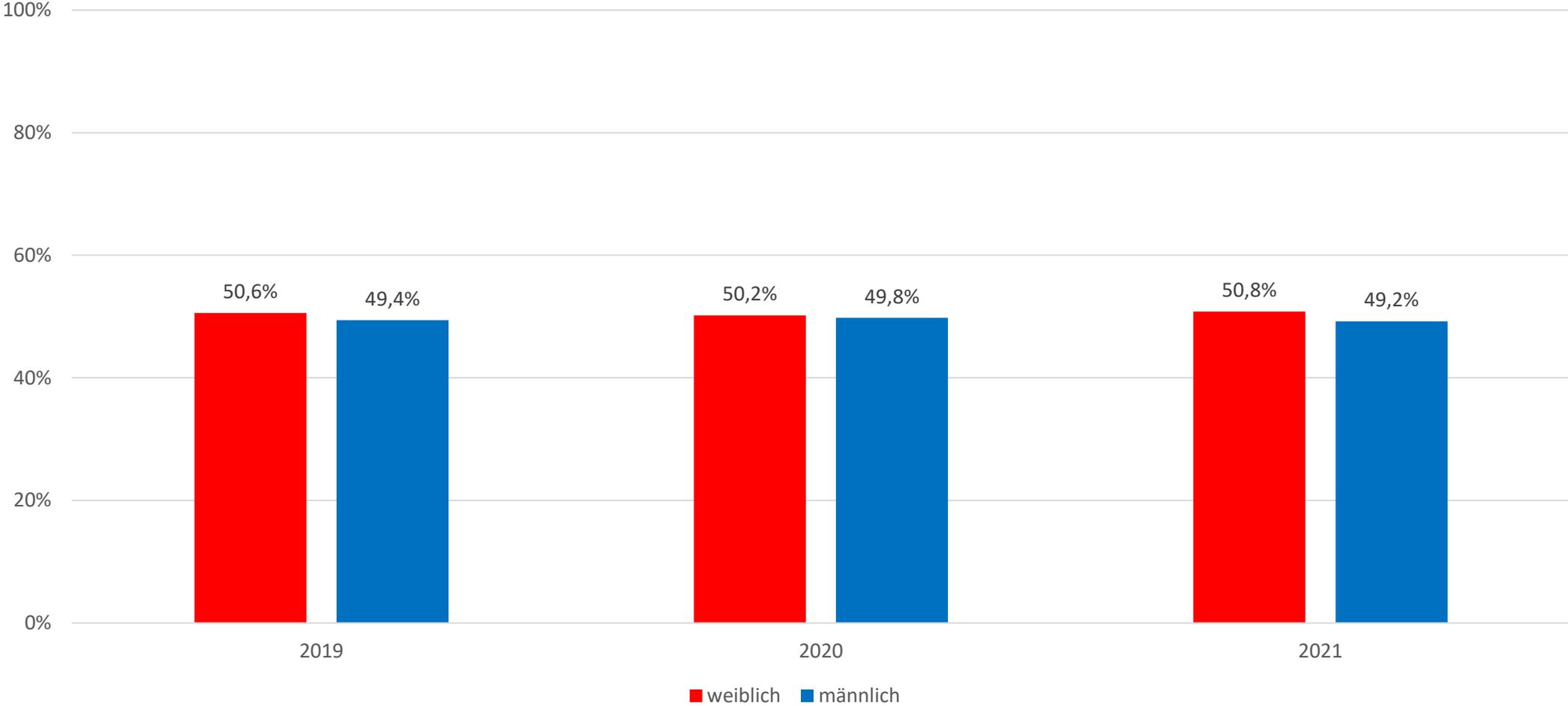
# Altersverteilung

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



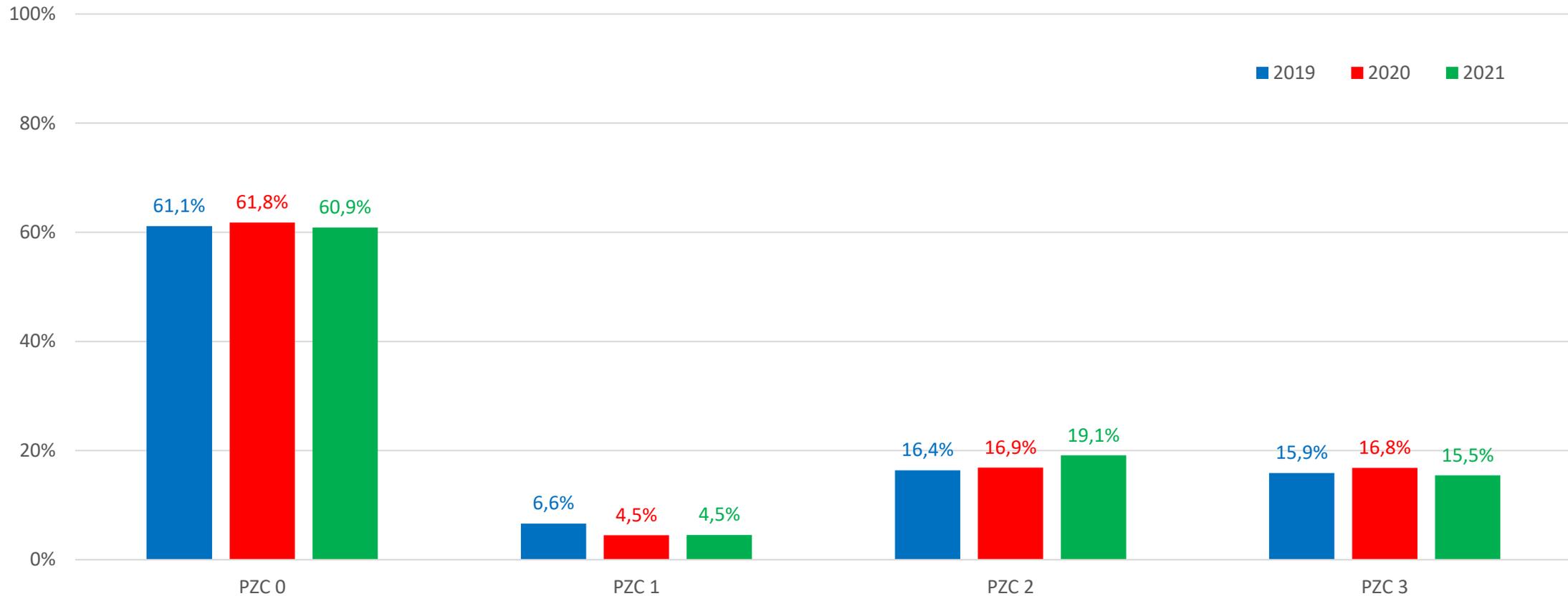
# Geschlecht

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



# 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)

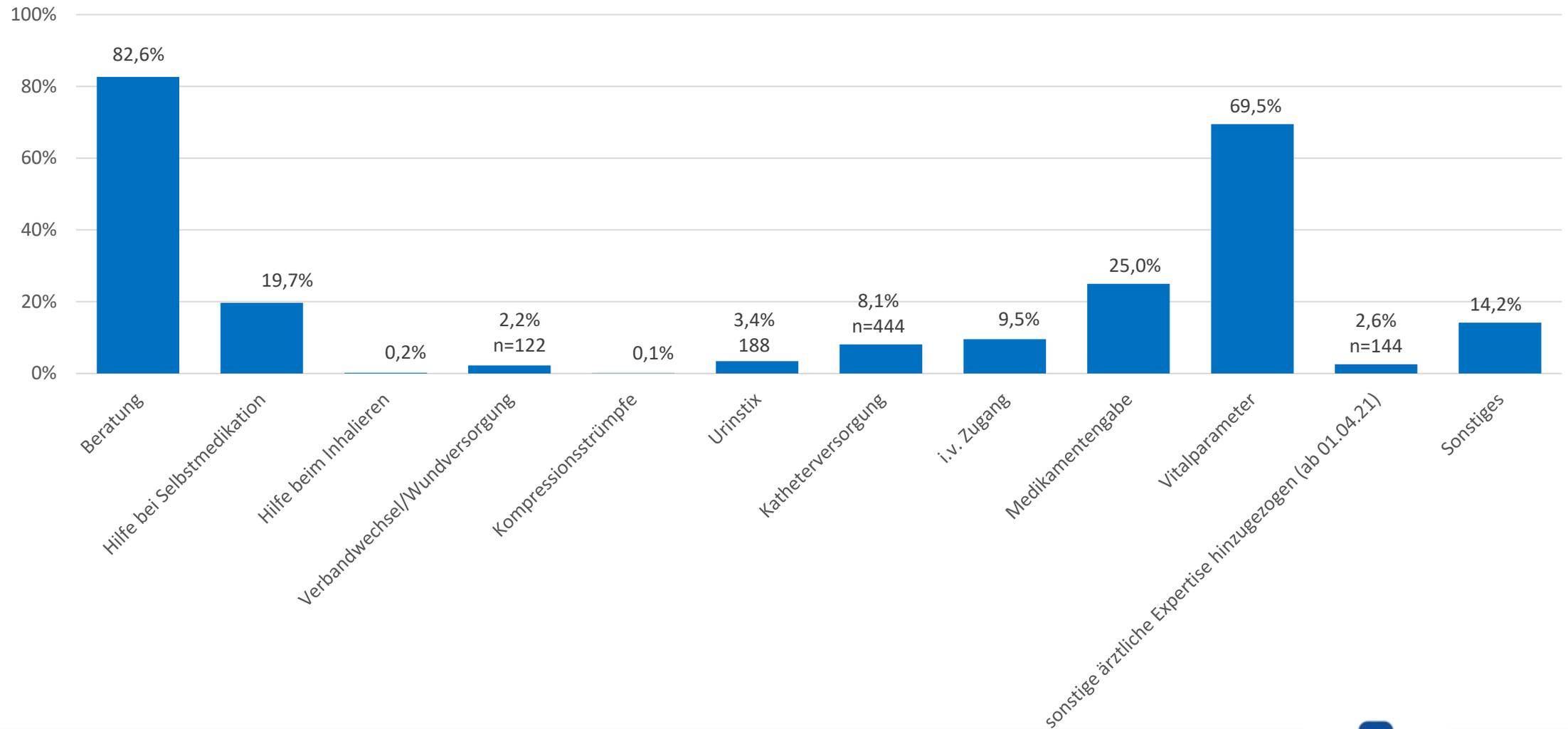


# Durchgeführte Maßnahmen 2021

Mehrfachantworten möglich

**Darstellung nur 2021!**

%-Anteil Patienten (n=5.491)



# Einsatz Telemedizin

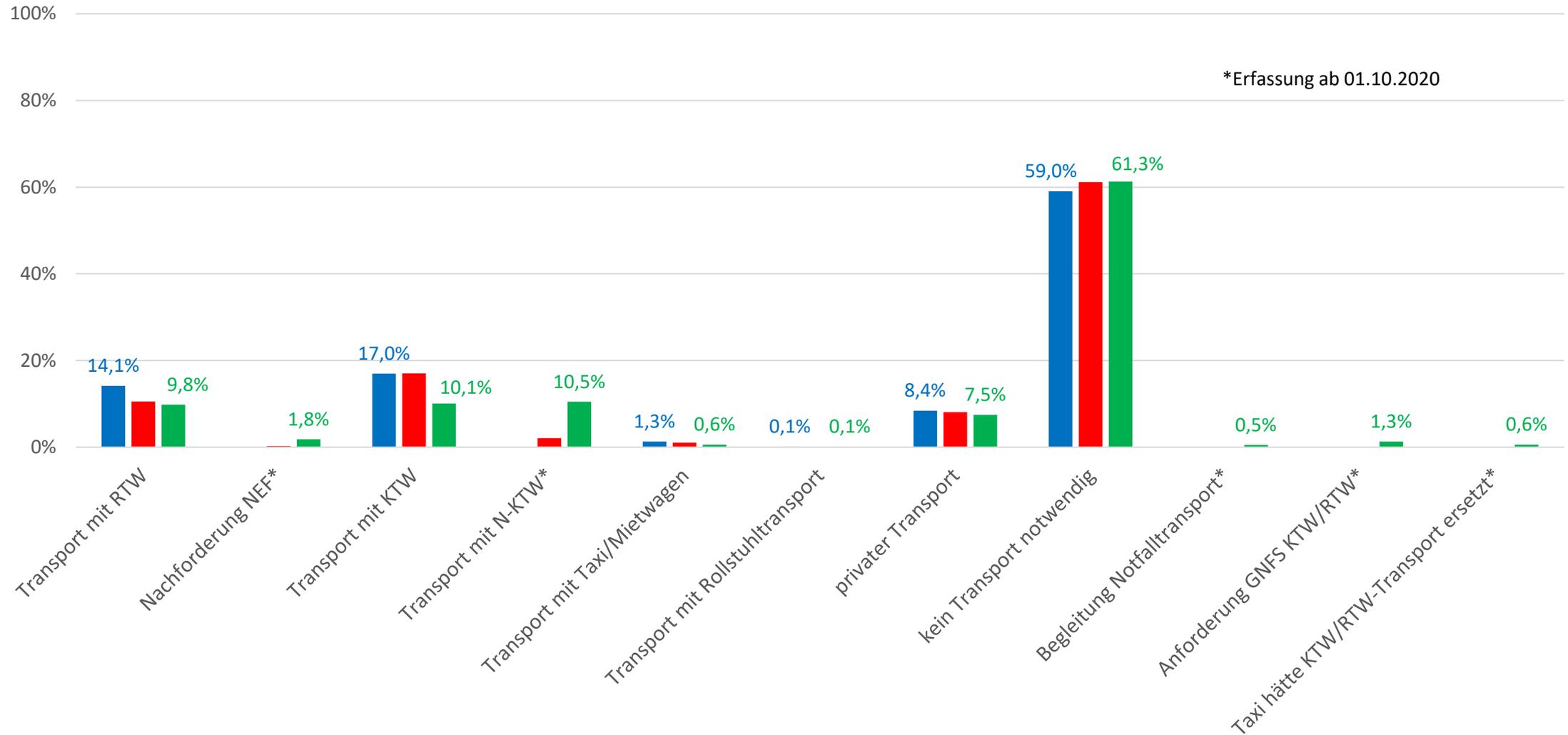
	2019 n=3.647	2020 n=4.270	2021 n=5.372
<b>Telemedizin wurde genutzt</b>	<b>28 (0,8%)</b>	<b>31 (0,7%)</b>	<b>42 (0,8%)</b>
<i>Hat Telemedizin Entscheidung beeinflusst?</i>	19 (67,9%)	22 (71,0%)	21 (50,0%)
<i>War Telemedizin erforderlich in Ermangelung (Hausarzt, KV-Bereitschaftsdienst)?</i>	10 (35,7%)	13 (41,9%)	11 (26,2%)
<i>Nachforderung Rettungsmittel</i>	Nicht erfasst	Nicht erfasst	11 (26,2%)
<b>Es wurde keine Telemedizin genutzt</b>	<b>3.619 (99,2%)</b>	<b>4.249 (99,3%)</b>	<b>5330 (99,2%)</b>
<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

■ 2019 ■ 2020 ■ 2021

\*Erfassung ab 01.10.2020



# Empfehlung

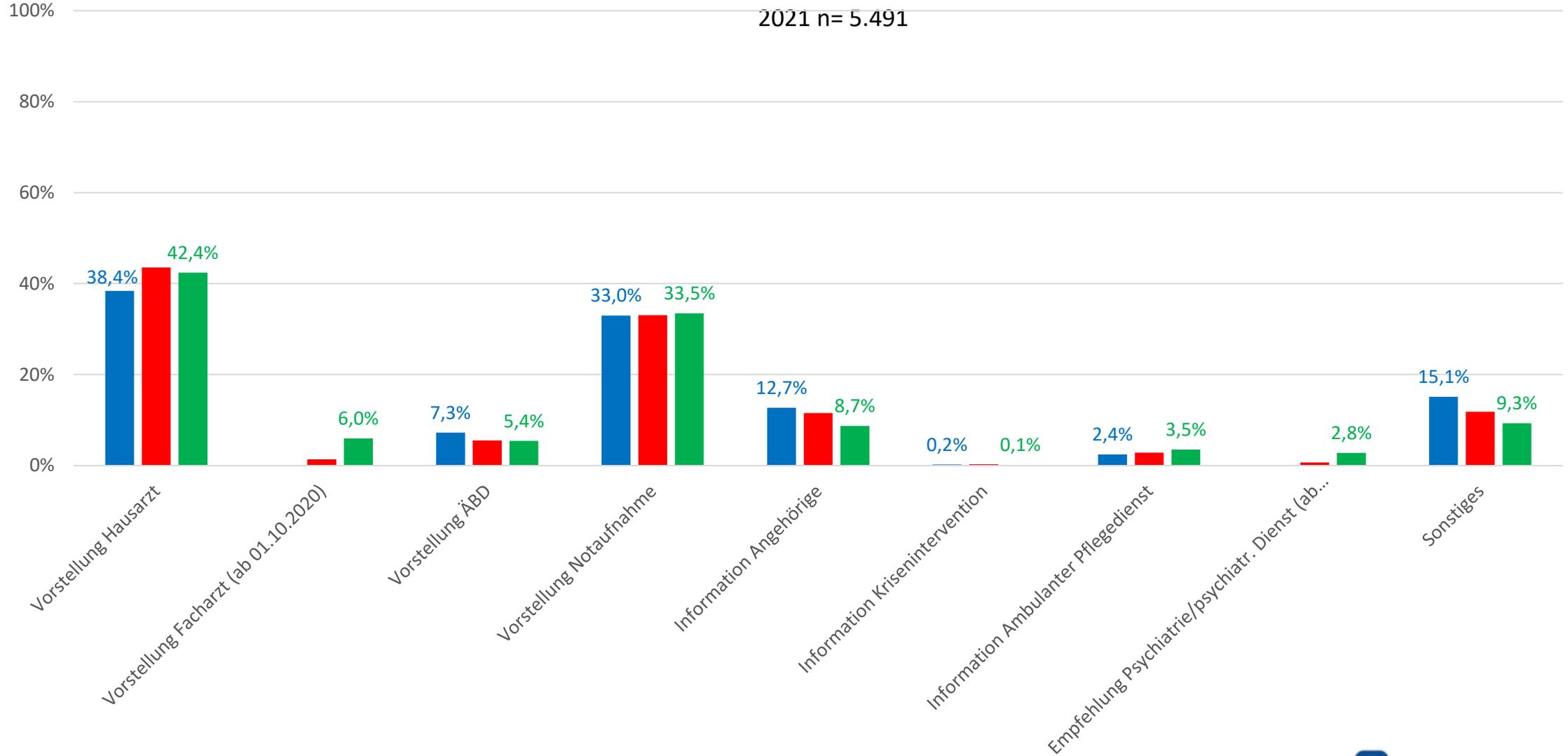
Mehrfachantworten möglich

2019 n= 3.703

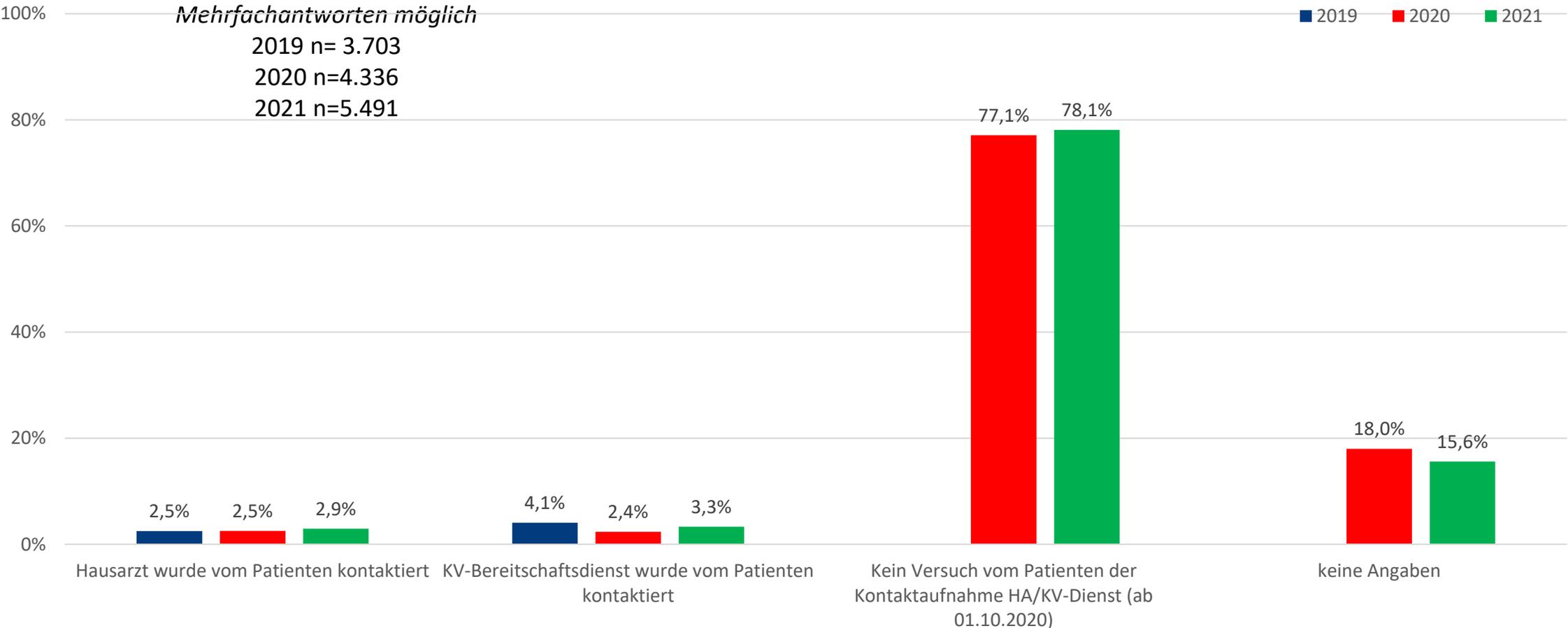
2020 n= 4.336

2021 n= 5.491

■ 2019 ■ 2020 ■ 2021



# Bewertung vorherige Kontaktaufnahme Patient



## 4 – DISKUSSION/ FAZIT



# Sektorenübergreifende Effekte

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



# Human Resources

- Berufliche Zufriedenheit steigt bei eindeutiger Zuweisung der Aufgaben  
NFR, OSR, GNFS (Sinnhaftigkeit des Tuns)
- These: Verweildauer von MA im System Rettungsdienst wirkt sich auf  
Besetzungssicherheit von Ressourcen aus. Konsequenz -> Personelles  
„Ausbluten“ reduziert.
- Mitarbeiter mit gesundheitlichen Einschränkungen können als GNFS  
eingesetzt werden, da die körperliche Belastung nicht so hoch ist.



# Ausblick

Erhebung LK Vechta: Bei Einsätzen im Bereich NACA 1-3, die durch den RTW bedient wurden, wird derzeit im DIVI-Protokoll abgefragt, ob ein GNFS als Ressource eingesetzt werden hätte ausgereicht hätte.

Monat	Einsätze durch GNFS abgearbeitet	von denen durch GNFS abgearbeitet und als Ressource eingesetzt worden	Summe
Jan 21	136	136	267
Feb 21	131	131	233
Mär 21	131	125	256

**Fazit 1: Es ist noch Potential vorhanden!**



# Ausblick

Nach Einführung von strukturierten Notrufabfragesystemen in den beteiligten Leitstellen seit Mitte März 2021 weiterhin steigende Einsatzzahlen GNFS.

Entwicklung der GNFS-Einsätze (Basis: Anzahl wissenschaftliche GNFS-Protokolle)



**Fazit 2: Es ist noch Potential vorhanden!**





# Der Gemeindenotfallsanitäter

Ein Pilotprojekt der Landkreise Ammerland, Cloppenburg, Vechta und der Stadt Oldenburg



VIELEN DANK  
FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT