

## Leitstellen als Steuerungselement im Gesundheitswesen

von Prof. Dr. Christoph Redelsteiner, Fachhochschule St. Pölten <sup>1)2)</sup>

### 1. Rettungsdienst – Türöffner im österreichischen Gesundheitswesen

Der Rettungsdienst ist häufig der einzige, niedrighschwellig und permanent erreichbare, mobile und rasch aufsuchende, tätige Gesundheitsdienstleister. Er nimmt dadurch zwangsläufig Aufgabenstellungen, Verantwortungen und Rollen von Einrichtungen der sozialen Arbeit und psychosozialen Intervention sowie anderer Gesundheitsdienstleister wahr. Insbesondere in Regionen, in denen niedergelassene Ärzte nicht mehr auf Hausbesuche gehen bzw. in denen die Wartezeit auf eine Visite aus Sicht des Betroffenen zu lang ist, erfüllt der Rettungsdienst auch Funktionen der allgemeinmedizinischen Versorgung. Ambulante Pflegedienste verfügen oft über keine Nacht- und mancherorts auch über keine Wochenendbereitschaft. Als Rückfallebene wird der Rettungsdienst verwendet. Des Weiteren zieht dieser auch eine enorme Bandbreite sozialer und gänzlich sachfremder Hilfeersuchen an. Einmal soll ein Obdachloser, der in der Geschäftspassage als störend empfunden wird, abtransportiert werden, ein andermal braucht eine alleinstehende, bettlägerige Person jemanden, der die heruntergefallene Fernbedienung aufhebt.

Rettungsleitstellen und Einsatzdienst erfüllen somit – meist unfreiwillig und ohne politisches Mandat – insbesondere nachts und am Wochenende, die Funktion einer psychosozialen, pflegerischen und medizinischen Serviceeinrichtung. Diese Aufgabenstellung ist weder im offiziellen Auftrag der Organisation festgehalten, noch wird sie beworben. Durch die Niedrighschwelligkeit und die stetige Erreichbarkeit ergibt sie sich aber zwangsläufig.

### 2. Der Transport ins Krankenhaus – die primäre Strategie des Rettungsdienstes

Weil Optionen wie die Versorgung vor Ort oder der Transport in eine nicht klinische Einrichtung, beispielsweise in eine Notschlafstelle für Obdachlose, dem Rettungsdienst Kosten verursachen, die meist nicht erstattet werden, ist die primäre Vorgangsweise die Hospitalisation des Patienten – diese wird von den Krankenkassen bezahlt. Der Rettungsdienst als mobiles Auffangnetz leitet den Patienten an die Klinik als stationäres Auffangnetz weiter und trägt so zur zusätzlichen Ressourcenüberlastung der Krankenhäuser bei.

Die Auswertung aller Einsätze der Wiener Rettung (MA 70) zu Patienten unter 20 Jahren im Verlauf eines Jahres zeigt, dass 75% der Patienten einen NACA-Score von I oder II aufweisen (der National Advisory Committee for Aeronautics Score beschreibt die Schwere von Verletzungen, Erkrankungen) und es sich daher nicht um Notfälle handelt. Diese Einsätze könnten vor Ort oder im Bereich der niedergelassenen Mediziner versorgt werden. Etwa 94% der Betroffenen wurden in ein Krankenhaus transportiert, nur 6% vom Notarzt (zu 98%) oder vom Sanitäter (zu 2%) vor Ort belassen. Die Probleme sind in vielen Nationen ähnlich: In England wurden fast 50% der Patienten, die nach einem Notruf per Rettungswagen in die Notaufnahme gebracht wurden, noch am selben Tag ohne Überweisung in eine andere Gesundheitseinrichtung oder Einbestellung zu einer Nachuntersuchung entlassen. [1] Das bedeutet, dass diese Betroffenen nur einfachste Formen der sozialen Betreuung benötigen. Diese Studie war eine der Grundlagen für einen Paradigmenwechsel im englischen

1) FH-Prof. Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc, NFS-NKI.

2) Wesentliche Teile dieses Beitrags wurden entnommen aus: REDELSTEINER, C.: Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Dissertation Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 2016, bzw. aus: REDELSTEINER, C.: Triage unkritischer Patienten im Rahmen der Notrufabfrage. In: HACKSTEIN, A. et al (Hrsg.): Handbuch Leitstelle. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 2017, S. 257-265, mit freundlicher Genehmigung des Verlags und Autors.

Rettungsdienst – weg vom reinen Transportdienst, hin zu einem mobilen Gesundheitsdienstleister, der auch nur telefonisch, ohne ein Rettungsmittel zu entsenden, beraten kann.

In vielen Fällen geht es bei diesen vermeidbaren Hospitalisationen vor allem um einen Risikotransfer auf die nächste erreichbare Person, Profession oder Institution bzw. um die jeweilige formelle rechtliche Absicherung in der schlecht verzahnten Betreuungskette. Das ist ein anderes Ziel als die tatsächliche Sicherheit des Betroffenen – ambulante und stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern und ein Aufenthalt außerhalb der vertrauten persönlichen Umgebung beinhalten ebenso medizinische, mentale und soziale Risiken. Die Klärung der aktuellen Situation oder die mittelfristige Hilfeplanung mit dem und im Sinne des Betroffenen steht jedenfalls nicht im Vordergrund.

### 3. Der Blickwinkel der Kostenträger

Die passende Zuteilung von Hilfeanfragen zu Hilferessourcen müsste zur Vermeidung unnötiger Kosten vor allem für die Kostenträger von Interesse sein. Die wesentlichen Kostenträger des Rettungsdienstes sind Gemeinde, Länder und Krankenkassen. Den Gemeinden ist an einer raschen und unbürokratischen Versorgung von Menschen auch außerhalb klassischer Bürozeiten gelegen. Eine größere Zahl von Transporten, die jeweils von den Krankenkassen bezahlt werden, verursacht den Kommunen keine höheren Ausgaben für den Rettungsdienst, reduziert aber die Sicherheit mit der ein lokales Rettungsmittel für echte Notfälle zur Verfügung steht.

Aus Krankenkassensicht ist der Rettungsdienst keine medizinische Dienstleistung, sondern gemäß Statuten eine reine Transportdienstleistung, die auch auf den entsprechend benannten Kostenblättern als solche ausgewiesen wird. Somit ist eine Leistung aus Sicht der Kassen nur dann gegeben, wenn der Patient, ungeachtet des Ausmaßes und Umfangs der präklinischen Versorgung, auch tatsächlich in ein Krankenhaus gebracht wird. Belassungen vor Ort und Transporte in soziale Einrichtungen werden daher in den meisten Fällen nicht abgegolten. Dadurch besteht für die Rettungsdienste ein Anreiz zur generellen Hospitalisierung von Patienten – unabhängig davon, ob sie erforderlich und im besten Interesse des Patienten ist. Die daraus resultierende hohe Frequenz und Fallzahl von Patienten trifft den Nächsten in der Betreuungskette – das klinische Versorgungssystem.

### 4. Drehtürpatienten

Einzelne Patienten oder deren Angehörige bitten oft über lange Zeit und mehrfach in sehr kurzen Abständen um Hilfe. Eine Wiener Studie untersuchte, wie oft binnen 36 Std. nach Erstintervention durch den Rettungsdienst dieser wieder um Hilfe gebeten wurde. „Spitzenreiter“ ist ein Patient bei dem 82-mal eine wiederholte Intervention durchgeführt wurde, bei einem weiteren waren 75 Reinterventionen erforderlich, „Platz“ 3 belegt ein Patient mit 57 Interventionen im Jahr 2007. [2] Das Problem ist nicht nur im urbanen Raum vorhanden. Unveröffentlichte Statistiken aus Bundesländern zeigen Patienten, die bis zu 150-mal im Jahr einer „akuten“ Intervention des Rettungsdienstes bedürfen. Meist ist das Problem des Patienten komplexer als die beim telefonischen Notruf oder bei der Anamnese am Einsatzort präsentierten medizinischen Symptome – Einsamkeit, mangelnde Pflege, psychische Erkrankungen oder überforderte Angehörige tragen dazu bei. Bleibt die Versorgungskette auf das präsentierte medizinische Problem fokussiert und komplexere Aspekte unerkannt und ungelöst, wird der Patient weiter Hilfe suchen.

### 5. Hospitalisierungsstrategie im Kontext der demografischen Entwicklung

Es ist absehbar, dass bei Beibehaltung der bisherigen starren Modalitäten der Einsatzfilterung und -disposition („Wir senden ein Fahrzeug“) sowie des präklinischen Managements („Wir bringen Sie ins Krankenhaus“) der Rettungsdienst noch stärker den Aufgabenbereich des hausärztlichen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Patientenscreenings übernimmt. Dadurch gefährdet er seine

originären Aufgaben – die rasche notfallmedizinische Hilfe für akuteste Fälle. Die starke rettungsdienstliche Tendenz zur Hospitalisierung würde in Bezug auf die zu erwartende demografische Verteilung den klinischen Bereich noch stärker belasten. Wesentlicher Problembeschleuniger ist die demografische Entwicklung in Bezug auf Patienten und Fachkräfte. Einer zunehmenden Zahl älterer und hochbetagter Menschen steht eine abnehmende Zahl an Gesundheitsfachkräften, insbesondere eine knapp vor der Pensionierung stehende Hausärztergeneration, gegenüber.

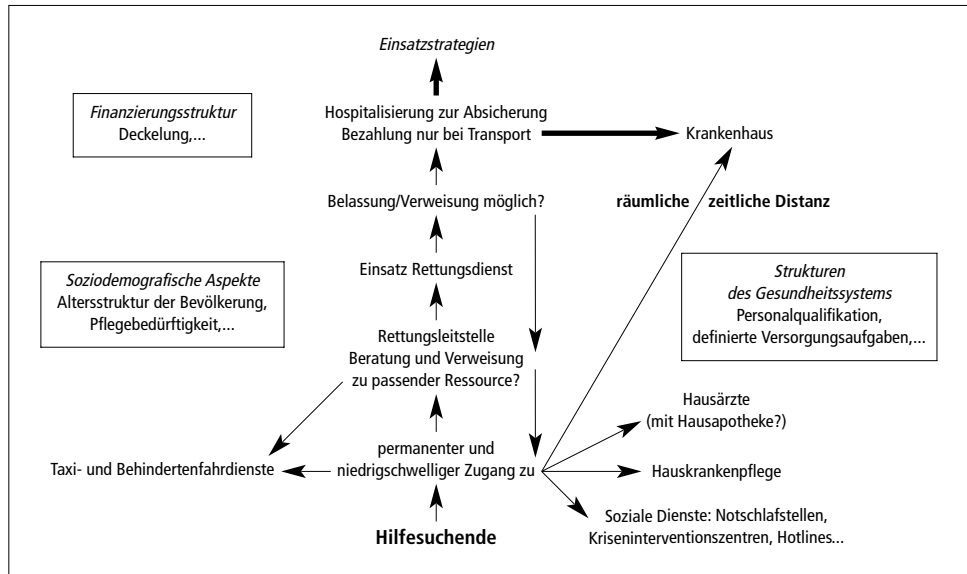
Welches Einsatzvolumen ist bei unveränderten Einsatzstrategien am Beispiel der österreichischen Bezirke Jennersdorf und Neusiedl zu erwarten? Die aktuelle Verteilung nach Altersgruppen ist für die Einsatzvorbereitung ein wesentlicher Grundparameter, da Einsätze vermehrt in der Gruppe der über 60-Jährigen anfallen. Die Berechnung zeigt, dass 80% der Einsätze für Einwohner über 60 Jahre geleistet werden, die in Neusiedl 26% bzw. in Jennersdorf 27% der Gesamtzahl ausmachen. Auch ein Vergleich des Durchschnitts macht den Unterschied deutlich: Der durchschnittliche Einwohner von Jennersdorf ist 44,9 (Neusiedl: 43,6), der durchschnittliche im Jahr 2013 vom Rettungsdienst betreute Patient des Bezirkes Jennersdorf 72,3 Jahre alt (Neusiedl: 69,7). Ausgehend von der Einsatzrate 2013 mit den Daten der Alterskohorten der Bevölkerungsvorausschätzung wurden die Einsätze für 2030 zu Einwohnern über 60 Jahre berechnet. Im Jahr 2030 wird es in Neusiedl um 33,7%, in Jennersdorf um 23,8% mehr Einsätze geben als 2013. Die Zuwächse entstehen primär aus der Gruppe der über 80-Jährigen Bürger. Die Zahlen der durchschnittlichen Jahressteigerung der letzten 7 Jahre zeigt, dass pro Jahr eine Einsatzsteigerung um zumindest 1,78% zu erwarten ist.

Der Mangel an Hausärzten und die demografische Entwicklung sind nur 2 der wesentlichen Variablen der Einsatzhäufigkeit des Rettungsdienstes. Dichte des sozialen Netzwerks, Ausmaß der Nachbarschaftshilfe, Vorhandensein einer Bezugsperson mit Pkw für Fahrten zur ärztlichen Versorgung sind weitere Faktoren. Auch Leistungsverchiebungen im klinischen und niedergelassenen Bereich ändern Einsatzzeiten und Zwischentransporte zwischen Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Diese und weitere, zusätzliche Variablen, die eine Einsatzsteigerung mitbewirken, sind aus Gründen der Komplexität nicht seriös kumuliert kalkulierbar, werden aber im Folgenden sprachlich skizziert.

## 6. Allgemeine Einflussfaktoren der Einsatzfrequenz

Die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Sie sind vielfältig, komplex und stehen in umfangreicher Wechselwirkung. Eine aktuelle systematische englische Review sucht nach veröffentlichter Evidenz für einzelne Gründe, warum Patienten den Rettungsdienst zur Lösung einfacher Probleme, die durch Primärversorgungseinrichtungen gelöst werden könnten, zu Hilfe rufen. Es wurden 31 Studien zu diesem Thema ausgewertet und die Ergebnisse in 5 Kategorien zusammengefasst: Faktoren, die mit den individuellen Patienten zu tun haben, Handlungen von Angehörigen oder Anwesenden, soziodemografische Faktoren, infrastrukturelle Faktoren des Gesundheitswesens und Herausforderungen für die betreuenden Gesundheitsfachberufe. [3]

Finanzierungsstrukturen, soziodemografische Aspekte sowie die konkreten Strukturen des lokalen Gesundheitssystems – wie Zahl und Versorgungsniveau von Gesundheitsfachpersonal und Gesundheitseinrichtungen – sind wesentliche allgemeine Einflussfaktoren auf die Einsatzfrequenz und die verwendeten Einsatzstrategien (vgl. Abbildung 1).



**Abbildung 1:** Wesentliche Einflussfaktoren auf die Einsatzfrequenz des Rettungsdienstes.

Wesentlichster Faktor ist der niederschwellige Zugang zum Rettungsdienst, der einfacher und schneller verfügbar ist als soziale, pflegerische und extramurale Einrichtungen. Die Schlüsselfrage ist daher, ob Hilfesuchende einfachen Zugang zu Alternativen wie niedergelassenen Ärzten, sozialen Diensten, Fahrdiensten oder Hauskrankenpflege haben. Sind diese Möglichkeiten schlecht oder nicht ausgeprägt, so folgt der Anruf bei der Rettungsleitstelle. Wäre diese nach einer Lageeinschätzung mit den entsprechenden Schnittstellenpartnern wie kassenärztlicher Notdienst, Hauskrankenpflegedienste, Einrichtungen der Sozialen Arbeit oder auch Taxi- und Behindertenfahrdiensten vernetzt, könnte man auf diese zugreifen bzw. unmittelbar disponieren. So wäre die Vermittlung passender Hilfe möglich. In den meisten Fällen führen Anfragen bei Rettungsleitstellen aber zum Einsatz des Rettungsdienstes. Darf dieser den Patienten nicht nach Untersuchung und Behandlung vor Ort belassen oder an soziale, pflegerische oder hausärztliche Ressourcen verweisen oder werden nur Transporte ins Krankenhaus bezahlt, steigen Einsatzzahlen und Hospitalisierungen.

Eine englische Studie zeigte eine Reduktion der Transportzahlen des Rettungsdienstes durch Höherqualifizierung der Sanitäter und nach Einführung eines Primärversorgungsmodells. Es zeigten sich auch die Überforderung extramuraler Gesundheitsberufe und die Neigung, einer risikoarmen Strategie zu folgen und den Rettungsdienst zur „Sicherheit“ zu rufen und Diskussionen mit Rettungsfachpersonal, wenn dieses Patienten nach Untersuchung vor Ort belassen wollte. [3]

## 7. Von „Anruf bedeutet Transport“ – zu alternativen Versorgungsformen

### 7.1 Vergleich von Versorgungsstrategien in unterschiedlichen Rettungsdiensten

Um die Strategien unterschiedlicher Rettungssysteme zu erforschen, wurden im Rahmen einer Studie 7 typische Situationen ausgewählt, die bei geringer Verzahnung zwischen Rettungsdienst und hausärztlichem Dienst meist im rettungsdienstlichen Versorgungspfad landen. [4] Insgesamt wurden 26 Rettungssysteme aus 19 Nationen (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Tschechien, Ungarn, USA) untersucht.

Eine Einschätzung des passenden Versorgungssystems sollte bereits beim Notruf oder ggf. auch noch vor Ort erfolgen. Sie besteht aus einer Untersuchung, Filterung und Beratung und kann zu einer Verweisung, beispielsweise zu Hausarztssystemen, führen. In der Praxis kommt es jedoch häufig zu Überreaktionen des auf Notfälle ausgerichteten Rettungssystems und durch die Abgeltung von Rettungseinsätzen als Transportdienstleistungen oft zu unnötigen Hospitalisationen. Aus den Reaktionsmustern der Fallbeispiele lassen sich Rückschlüsse auf das Vorhandensein dieser Untersuchungs-, Filterungs- und Beratungsprozesse ziehen, sowohl auf Ebene der Rettungsleitstelle als auch bei den Abläufen vor Ort. Sie stehen auch in unmittelbarer Beziehung zu Personalqualifikation. 3 Fallbeispiele der Studie werden hier auszugsweise dargestellt.

#### 7.1.1 Fallbeispiel: Einfache Wunde

Wie würde vorgegangen werden, wenn ein Patient eine einfache Wunde hat, die durch eine unkomplizierte Wundversorgung ohne Röntgen versorgt werden könnte?

Diskussion: Hier wäre nach telefonischer Beratung und Abklärung, ob der Patient z.B. gegen Tetanus geimpft ist, eine Verweisung zu einem Primärversorgungszentrum, niedergelassenen Arzt oder Unfallchirurgen möglich. Bei einem Rettungsdiensteinsatz wäre je nach Qualifikation des Personals eine Wundversorgung mit Belassung zu Hause oder ein Verweis zu den o.g. Ressourcen möglich. Der Transport ins Krankenhaus ist derzeit vielerorts Standard, müsste aber i.d.R. nicht erfolgen.

15 der analysierten Systeme würden an Hausarzt/Primärversorgungssystem weiterleiten, davon 7 bereits am Telefon. 7 Rettungssysteme würden jedenfalls ins Krankenhaus transportieren, 4 Rettungsdienste ein Team entsenden und ggf. vor Ort belassen.

#### 7.1.2 Fallbeispiel: Patient mit Fieber

Ein 70-Jähriger Patient hat seit 3 Tagen 39 °C Fieber und Gliederschmerzen. Er konnte keinen Arzt erreichen und ruft den Rettungsdienst.

Diskussion: Hier ist eine telefonische Anamneseerhebung und Beratung zur Abklärung, ob eine Sepsis vorliegt, sinnvoll, anschließend ein Verweis an den niedergelassenen Arzt. Ist der Rettungsdienst vor Ort, wäre ebenfalls eine Anforderung eines Hausarztes sinnvoll. Als letztes Mittel der Wahl wäre der Transport in ein Krankenhaus angezeigt.

14 der analysierten Systeme würden an Hausarzt/Primärversorgungssystem weiterleiten, davon 8 bereits am Telefon. 7 Rettungssysteme würden jedenfalls ins Krankenhaus transportieren, 5 Rettungsdienste ein Team entsenden und ggf. vor Ort belassen.

#### 7.1.3 Fallbeispiel: Blasenkatheterwechsel

Ein 75-Jähriger Patient braucht am Wochenende einen Blasenkatheterwechsel, er hat auch leichtes Fieber.

Diskussion: Dieser Patient sollte von Hauskrankenpflege oder Hausarzt versorgt werden. Hospitalisierungen über weite Strecken sind in solchen Fällen häufig und verringern die ohnehin prekäre Situation bei Rettungsmittelvorhaltungen am Wochenende. Ist der Rettungsdienst vor Ort, wird bei diesem Fall deutlich, ob das Rettungsfachpersonal bzw. der Notarzt Katheterwechsel durchführen können bzw. wollen. Selbst aus Pflegeheimen erfolgen trotz Vorhandenseins von dazu berechtigtem Pflegepersonal insbesondere bei männlichen Patienten häufig vermeidbare Krankentransporte. [5]

17 der analysierten Systeme würden an Hausarzt/Primärversorgungssystem weiterleiten, davon 16 bereits am Telefon. 8 Rettungssysteme würden jedenfalls ins Krankenhaus transportieren, ein Rettungsdienst ein Team vor Ort zum Katheterwechsel entsenden.

## 7.2 Hohe Varianz an Versorgungsstrategien

Insgesamt zeigt sich eine Vielzahl von Varianten und hohe Inhomogenität. Die Systeme in den beiden Bezirken Jennersdorf und Neusiedl sowie in Belgien, Luxemburg und Ungarn transportieren Patienten überwiegend ins Krankenhaus. Das gilt grundsätzlich auch für die untersuchten deutschen Systeme; die Rettungsleitstelle Erfurt nutzt jedoch die leitstellenseitige Verknüpfung mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst in vielen Fällen zu einer entsprechenden Referenzierung. Beim Rettungsdienst Märkisch-Odenwald (D) ist diese Verknüpfung erst auf der operativen Ebene gegeben. Dort nimmt der diensthabende Notarzt Anrufe des ärztlichen Bereitschaftsdienstes entgegen, Notrufer mit einfachen Anliegen, die 112 wählen, werden aber umgekehrt nicht an diesen Kombinationsdienst weitergeleitet. Sie werden durch einen Rettungsdiensteinsatz mit Hospitalisation versorgt.

Keinerlei Strategien der Belassung vor Ort werden bei den untersuchten Fällen im Bezirk Neusiedl verwendet, der über ein eigenes Notarztsystem verfügt. Der Rettungsdienst Jennersdorf ist ohne eigenes Notarztsystem und zeigt noch bei einigen Fällen eine Mitarbeit des Hausarztsystems mit Belassung, würde aber bei den Fallbeispielen Brustschmerz/Husten, Fieber, Sturz und Katheterwechsel ggf. weite Fahrtstrecken zur diagnostischen Abklärung in Kliniken in Kauf nehmen. Trotz gleicher rechtlicher Grundlagen wie bei den anderen österreichischen Systemen wenden Systeme in Raabs und im Kleinwalsertal durch systematische Verknüpfung mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst in vielen der simulierten Fälle Strategien der Belassung an. Damit wird vermieden, dass Rettungsmittel für Bagatellfälle ihre Region ohne unmittelbare Einsatzressource lassen.

In der Summe konnten die 11 im Folgenden angeführten Reaktionsformen in 4 Kategorien identifiziert werden:

Transportstrategien ins Krankenhaus (Hospitalisierungsstrategien)

- ▶ Mit Rettungsdienst ins Krankenhaus

Transportstrategien zu anderen Einrichtungen

- ▶ Mit Rettungsdienst ins Primärversorgungszentrum
- ▶ Mit Rettungsdienst zum Hausarzt/Der Rettungsdienst arbeitet vor Ort mit dem parallel verständigten Hausarzt zusammen

Strategien eines Hausbesuchs durch eine Gesundheitsfachkraft

- ▶ Rettungsdiensteinsatz, Belassung vor Ort durch RTW möglich
- ▶ Versorgung durch den Hausarzt, wenn keiner in der Region, dann Evaluation durch einzelnen Paramedic (Sanitäter mit besonderer Ausbildung) mit Pkw
- ▶ Ärztlicher Bereitschaftsdienst mit Notarztendienst gekoppelt
- ▶ Visite durch Arzt des Primärversorgungszentrums
- ▶ Versorgung durch die Hauskrankenpflege
- ▶ Evaluation durch Paramedic (meist alleine per Pkw)

Eigenorganisierter Transport durch den Patienten

- ▶ Versorgung im Primärversorgungszentrum/Patient wird gebeten, ins Primärversorgungszentrum oder in eine Arztpraxis zu kommen

## 7.3 Ausbildungs- und Servicelevel als Einflussfaktor für moderne Versorgungsstrategien

Rettungssysteme können je nach Servicelevel und Ausbildungsniveau in „Advanced Life Support“ (ALS) und „Basic Life Support“ (BLS) unterschieden werden. BLS-Systeme sind Systeme mit einfach ausgebildeten Sanitätern, die beispielsweise eine Herz-Lungen-Wiederbelebung mit einfachen Hilfsmitteln durchführen oder einen automatisierten Defibrillator zum Einsatz bringen. Ihr Einsatzgebiet sollte der Krankentransport und die rasche erste Welle bei Herz-Kreislauf-Stillstand sein.

ALS-Systeme sind je nach Land mit Facharzt für Notfallmedizin, Notarzt, Paramedic (Sanitäter mit College-Ausbildung) oder Rettungspfleger (Krankenpflegern mit Sanitäterausbildung) besetzt und bringen neben BLS-Maßnahmen auch Interventionen wie erweiterte Untersuchung und Diagnostik, EKG-Analyse, Infusion, Medikamentengabe, endotracheale Intubation, Schrittmachereinsatz etc. zum Einsatz.

Auffällig in der Verdichtung ist, dass kein einziges der reinen ALS-Systeme (z.B. Schweiz, Spanien, Schweden) starke Hospitalisierungsstrategien verfolgt. Diese werden ausschließlich in 2-stufigen BLS/ALS-Rettungssystemen (z.B. Belgien, Luxemburg, Österreich) angewandt. Hier wird zumeist ein BLS-Rettungsmittel mit einfach ausgebildetem Sanitätspersonal zu einfachen Fällen entsandt, das dann aber jedenfalls transportiert. In diesen gemischten Systemen ist das ALS-Rettungsmittel jeweils mit einem Notarzt besetzt und eine kostbare, oft die einzige ALS-Ressource. Dieses wird taktisch zu Recht zurückgehalten bzw. lässt man sich bei Einsätzen vor Ort aus taktischen Gründen nicht auf lange Anamnese- und Versorgungsprozesse ein, da dies die Verfügbarkeit noch weiter reduzieren würde.

In reinen ALS-Systemen wird mehrheitlich bereits auf Leitstellenebene versucht, Patienten bei Bedarf in Primärversorgungssysteme bzw. zum Hausarzt zu lenken; wird ein Rettungsmittel entsandt, kommen auch Strategien der Belassung zum Einsatz. Hier dürfte sich die höhere Personalqualifikation als Benefit zur Vermeidung von Transporten auswirken. Die analysierten ALS-Systeme zeigen eine hohe Tendenz zur Referenzierung an nicht klinische Versorgungsebenen. Eine neue Strategie zeigt sich in Großbritannien und in Spokane, USA. Ergibt eine Analyse durch die Leitstelle einen abklärungsbedürftigen Fall, so wird als einsatztaktisches Mittel ein einzelner Paramedic per Pkw zur Evaluation vor Ort eingesetzt. Die Slowakei verwendet als einziges der analysierten Systeme eine Strategie, bei der einerseits schon die bloße Bitte um Auskunft zur Entsendung eines Rettungsmittels mit Notarzt oder Paramedic führt, andererseits aber Vor-Ort-Belassungen bei zahlreichen der Fallbeispiele angewandt werden.

Die passendere Patientenlenkung scheint in jenen Systemen zu funktionieren, deren Leitstellen eine differenzierte Abfrage durchführen, die reale Möglichkeit einer Verweisung zu Systemen wie Hausarzt oder Hauskrankenpflege haben und die bei festgestelltem Bedarf einer Abklärung vor Ort ein ALS-Rettungsmittel zur Evaluation entsenden können. Systeme mit starker Trennung von 2 Reaktionsebenen, in denen es also einen großen Qualifikationssprung zwischen BLS und ALS gibt, entsenden zu einfachen Fällen meist die niedrigere Versorgungsebene, was zur Hospitalisation führt.

Die Systeme in Dänemark, Großbritannien, den Niederlanden, Frankreich, Finnland, Schweden, Spanien und im Schweizer Kanton St. Gallen zeigen in den Fallbeispielen besonders konsequente Strategien, Hospitalisierungen zu vermeiden. In Dänemark und Großbritannien kommen Paramedics zum Einsatz; die Niederlande, Finnland und Schweden setzen Rettungspfleger (Krankenpfleger mit Sanitäterausbildung) ein. Frankreich setzt in verstärktem Maß auf Fachärzte für Notfallmedizin, die auch stark auf Leitstellenebene tätig sind. Das spanische System verwendet Krankenpfleger und Notärzte, der Kanton St. Gallen hat ein Paramedic-System mit geringer Notarztbeteiligung. Ob die Besetzung des Rettungsmittels also eher über Paramedics, Krankenpfleger, Notärzte oder Mischungen dieser Berufsgruppen erfolgt, ist für die bearbeiteten Fallbeispiele von geringer Relevanz. Die Gemeinsamkeiten der genannten Systeme liegen in den jeweiligen nationalstaatlich bzw. kantonal einheitlichen Vorgaben, die für eine grundsätzliche Analyse am Telefon sorgen, Verweisungen an nicht klinische Versorgungssysteme fördern bzw. auch Vor-Ort-Belassungen als reguläre Strategien einsetzen.

## 8. Rettungsdienstliches Gatekeeping der Zukunft

Ein funktionierendes rettungsdienstliches Gatekeeping der Zukunft braucht eine enge technische, personelle und organisatorische Verzahnung der Komponenten einfacher Krankentransport, Notfallrettungsdienst, Hausärzte, Hauskrankenpflegedienste und benachbarter sozialer Dienste. Idealerweise laufen die entsprechenden „Notruf“-Nummern an derselben Stelle auf. Das Kontaktieren eines

Notrufs (oder einer Gesundheitsberatungshotline oder des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes) muss durch Abfrage von Notfall-Leitsymptomen zur Entscheidung führen, ob es sich um einen medizinischen Notfall handelt. Falls nicht, müsste das Personal der Leitstelle ein Clearing einleiten bzw. Anamnesen und Beratungen sozialer, pflegerischer und medizinischer Art am Telefon durchführen oder an entsprechende Einrichtungen weiterleiten können. Dazu wird vermehrt die Expertise von Sozialarbeitern und Pflegefachkräften in Leitstellen erforderlich sein. Neben dem Telefon als Medium werden künftig auch andere Kommunikationstechnologien wie Social Media (Chatrooms etc.) verstärkt eine Rolle spielen.

Ein Maßnahmenplan ist mit dem Anrufer zu vereinbaren, um ihn bei Bedarf an spezialisiertere weitere Ressourcen zu vermitteln. Diese klärenden Einrichtungen des Erstkontakts müssen einen Überblick über mobile, ambulante oder stationäre Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Zuständigkeitsbereich haben, deren Leistungsfähigkeit bzw. -grenzen sowie Erreichbarkeit kennen und an diese bei Bedarf auch weiter referenzieren können. Diese Verweisungskompetenz ist eine klassische sozialarbeiterische Kernkompetenz, die z.T. auch über technische Beratungstools abzubilden wäre.

Eine Grundlage dafür ist eine Datenbank der psychosozialen Hotlines. Eine Studie hat für Österreich 90 Hotlines mit unterschiedlichen Servicezeiten und Aufgabenschwerpunkten identifiziert. [6] Für die Bürger ist diese Vielzahl der Rufnummern unübersichtlich, vor allem in der Erreichbarkeit gibt es starke Schwankungen.

Ist eine Klärung nur durch Entsendung eines Rettungsmittels vor Ort möglich, werden ebenfalls neue Strategien erforderlich. Der Einsatz von Telemedizin wird bei diesen Beratungsprozessen künftig neue Methoden zur telefonischen Anamneseerhebung, beispielsweise durch Senden von EKGs des Anrufers via eigener Apps, möglich machen. Hauskrankenpflege, Hausarzt, Notfallsanitäter und Sozialarbeiter werden online Ad-hoc-Besprechungen durchführen, nach kurzfristigen patientenge-rechten Lösungen suchen und später in Online-Fallkonferenzen unter Einbindung der Betroffenen mittelfristige Strategien entwickeln. Hier ist noch viel Arbeit an den rechtlichen Rahmenbedingungen und der technischen Infrastruktur erforderlich, um z.B. die Übertragung eines Fotos oder Videos von Hilfesuchenden in die Leitstellenabfrage zu integrieren und als Informationsbasis für einen Beratungsprozess zu verwenden. In jedem Fall ist eine entsprechende umfangreiche Qualifikation des Rettungsfachpersonals erforderlich – international sind dafür häufig schon Bachelorausbildungen üblich. [7]

Kernpunkt aus engerer rettungsdienstlicher Sicht ist insgesamt jedenfalls eine telefonische Beratung bei dringenden Gesundheitsanliegen. Dies könnte Aufgabe von Rettungsleitstellen sein, zumindest sollte diese eng mit einer Gesundheitsinformationshotline verknüpft sein. In den österreichischen Bundesländern Niederösterreich, Vorarlberg und Wien laufen entsprechende Pilotversuche: Unter der Rufnummer 1450 ([www.1450.at](http://www.1450.at)) wird nach einer initialen Klärung, ob keine Notfallleitsymptome vorliegen, eine ausführliche Abfrage und Beratung bei plötzlichen Beschwerden, einfachen Erkrankungen oder einfachen Verletzungen angeboten. Die Dringlichkeit der Intervention wird analysiert und in Abstimmung mit den Betroffenen ein Plan vereinbart. Das kann eine Anleitung zur Selbsthilfe, ein Hausarztbesuch, die Entsendung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes oder der Rat, die Klinik aufzusuchen, sein.

Im minimalsten Fall sollte eine Rettungsleitstelle auch auf die vorhandenen niedergelassenen Ärzte und Hauskrankenpflegedienste zugreifen können, diese einfachen Einsatzanfragen direkt weiterleiten und sie bei dringendsten Notfällen auch als Ersthelfer („First Responder“) alarmieren können.

Der Einsatz alternativer Versorgungsstrategien steht in Österreich noch am Anfang. Der Studiengang Soziale Arbeit der Fachhochschule St. Pölten erforscht deshalb in den Projekten „PC3 Primary Care in the Center of the Community“, „SAT 144 – Sozialarbeitsgestützte telefonische Triage bei Notruf 144“ und „Community Response Teams“ alternative Strategien zur Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Professionen und Versorgungsebenen im Sozial- und Gesundheitswesen [8][9].



## Literatur

- [1] PENNYCOOK, AG/MAKOWER, RM/MORRISON WG (1991): Use of the emergency ambulance service to an inner city accident and emergency department – a comparison of general practitioner and '999' calls. In: J R Soc Med. 1991 Dec, v. 84(12): 726-7
- [2] ANDER, G.: Schon wieder die gleiche Adresse – Problem der Mehrfachinterventionen. Masterthesis, Universitätslehrgang für Rettungsdienstmanagement. Universität Krems, Donau 2009
- [3] BOOKER, M. J., SHAW, A. R. G., PURDY, S.: Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. In: BMJ Open. 2015; 5(5): e007726. 19. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007726 (2015)
- [4] REDELSTEINER, C.: Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. In: Dissertation Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 2016
- [5] KADA, O., BRUNNER, E., LIKAR, R., PINTER, G., LEUTGEB, I., FRANCISCI, N., PFEIFFER, B., JANIG, H.: Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück ... Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Volume 105, Issue 10, 2011, p. 714-722 Elsevier doi: 10.1016/j.zefq.2011.03.023 (2011)
- [6] ZAHORKA, F.: Psychosoziale Helplines. Analyse zu Entwicklung von Empfehlungen einer integrierten und effizienten Adressierung von psychosozialen Problemen an Helplines unter Einbezug der präklinischen Notfallmedizin. Masterarbeit Soziale Arbeit. Management Center, Innsbruck 2016
- [7] REDELSTEINER, C. et al: „RettungspflegerIn“ – Modell einer interdisziplinären Berufsausbildung. Kombinierte Notfallsanitäter und Krankenpflegeausbildung an der Fachhochschule St. Pölten. In: Rettungsdienst, Fachzeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 2017, S. 46-50
- [8] REDELSTEINER, C., MOSER, M.: PC3 Primary Care in the Center of the Community. [www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-master/projekte1/social-health-care-in-the-center-of-the-community](http://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-master/projekte1/social-health-care-in-the-center-of-the-community) (2017d)
- [9] REDELSTEINER, C.: SAT 144 – Sozialarbeitsgestützte telefonische Triage bei Notruf 144. [www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-master/projekte1/sat-144-sozialarbeitsgestuetzte-telefonische-triage-bei-notruf-144](http://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-master/projekte1/sat-144-sozialarbeitsgestuetzte-telefonische-triage-bei-notruf-144) (2017e)

## Kontaktadresse

*Christoph Redelsteiner*, Fachhochschule St. Pölten  
FH-Prof. Mag.(FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc, NFS-NKI

Studiengangsleiter Fachhochschule St. Pölten  
Departments Soziales und Gesundheit  
[christoph.redelsteiner@fhstp.ac.at](mailto:christoph.redelsteiner@fhstp.ac.at)

Fachwissenschaftlicher Lehrgangsleiter  
Universitätslehrgang für Rettungsdienstmanagement  
Donau Universität Krems

