



JOHANNITER
Aus Liebe zum Leben

Der Patient im Mittelpunkt



Impulse zur
Neuordnung
der präklinischen
Notfallversorgung

Inhalt

1 /	Vorbemerkung	3
2 /	Kurzfassung	4
3 /	Problemstellung	5
	3.1 Bagatelleinsätze	5
	3.2 Parallelstrukturen	7
4 /	Zielsetzung	8
5 /	Lösungsansatz	9
	5.1 Zentraler Ansprechpartner: Die Gesundheitsleitstelle	9
	5.2 Sektorenübergreifende Versorgung	12
	5.3 Optimierung der Anlaufpunkte	15

1 / Vorbemerkung

Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist im Rettungsdienst fest verankert. Unsere Notfall- und Rettungssanitäterinnen und -sanitäter sind bundesweit an 365 Tagen im Jahr, 24 Stunden am Tag im Einsatz – 2021 sind sie über 777.000 Mal ausgerückt. Im Johanniter-Rettungsdienst arbeiten deutschlandweit über 6.000 Menschen. Sie werden von zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeitenden unterstützt, die mit ihrer Arbeit einen unverzichtbaren Teil zum Rettungsdienst beitragen.

Die steigende Notrufzahl und die vermehrte Inanspruchnahme notfallmedizinischer Versorgungsstrukturen sowie die Zunahme systemfremder Einsätze belasten das System der Notfallversorgung zunehmend, blockieren Kapazitäten in Notaufnahmen und steigern das Frustrpotenzial bei den Rettungskräften.

Bereits 2018 veröffentlichte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein Gutachten¹, mit dem ein politischer Prozess für eine Reform der Notfallversorgung eingeleitet wurde.² Der 2020 angestoßene Reformprozess wurde jedoch – unter anderem aufgrund der Corona-Pandemie – nicht fortgeführt, obgleich die Problemfelder nach wie vor existieren.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe möchte daher aus den Erfahrungen und unserem Arbeitsalltag heraus Impulse hin zu einer umfassenden Reform des bestehenden Systems der Notfallversorgung geben.

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung in der Gesundheitsversorgung, 2018

² Diskussionsentwurf vom 12. Juli 2019, Referentenentwurf vom 8. Januar 2020

2 / Kurzfassung



Gesundheitsleitstelle für zentrale Disposition

Jeder Anruf – ob über die 112, die 116117 oder eine weitere für das Gesundheitssystem relevante Rufnummer – wird an eine zentrale Koordination geleitet. Hier kann anhand eines definierten Abfragesystems ermittelt werden, welcher der bestgeeignete Versorgungspfad für die jeweilige (Not-) Situation wäre.



Prioritätsgerechte Patientenversorgung

Das von der Gesundheitsleitstelle disponierte Rettungsmittel kann je nach Schwere der Erkrankung oder Verletzung mit unterschiedlichen Prioritätsstufen entsendet werden. Dabei deckt das Rettungsmittel die komplette Einsatzbreite von nichtprioritärer, nichtdringlicher Versorgung bis hin zu akuten lebensbedrohlichen Notfällen ab und kann je nach Priorität auch von Einsätzen mit niedrigerer Priorität abgerufen werden.

Den Mitarbeitenden im Rettungsdienst muss dabei der rechtliche und technische Rahmen geboten werden, um Patientinnen und Patienten vor Ort zu versorgen. Nur so können unnötige Transporte und die Belastung ambulanter, aber auch stationärer Behandlungseinrichtungen reduziert werden.

Durch die aufgabenvariable Ausrichtung der bereits etablierten Einsatzmittel werden Doppelstrukturen reduziert.



Gemeinsamer Anlaufpunkt für ambulante und stationäre Versorgung

Da die Patientin oder der Patient in der Notsituation nicht zwischen ambulanten und stationären Strukturen unterscheiden kann, bedarf es eines gemeinsamen Anlaufpunktes, an dem medizinisches Fachpersonal mit entsprechenden Kompetenzen sie oder ihn der jeweiligen Versorgungsstruktur zuweist. Dieser Anlaufpunkt ist gleichzeitig Ziel für alle rettungsdienstlich transportierten Patientinnen und Patienten mit NACA-Score 0–III³.

³ Hierbei handelt es sich um ein Scoring-System, um die Schwere von Verletzungen oder Erkrankungen in der (Notfall-)Medizin zu beschreiben.

3 / Problemstellung

3.1 Bagatelleinsätze

Das wohldurchdachte System aus kassenärztlichem Bereitschaftsdienst mit eigenen Bereitschaftspraxen, klinischer Notaufnahme und Rettungsdienst ist dem Hilfesuchenden oftmals nicht hinreichend bekannt und in der Notsituation – unabhängig davon, ob objektiv betrachtet ein tatsächlicher Notfall vorliegt oder ob das subjektive Notempfinden das Hilfeersuchen begründet – meist zu komplex. Die Folge: Hilfesuchende sind in der Notsituation überfordert und wählen nicht selten den falschen Versorgungsweg.⁴ Obwohl die Indikationen für den Notruf 112 oftmals bekannt sind, ist dieser mangels anderweitiger Versorgungsalternativen letztlich der letzte Ausweg.⁵

Das System der präklinischen Akut- und Notfallversorgung ist in den vergangenen Jahren stetig gewachsen. Ursächlich hierfür ist vor allem die Zunahme von Einsätzen für den Rettungsdienst. Dieser leidet dabei unter dem Phänomen, durch die zunehmende Anzahl an Bagatelleinsätzen der eigentlichen Aufgabe – nämlich der Versorgung von lebensbedrohlichen Notfällen – entzogen zu werden. Als Reaktion auf die sinkende Verfügbarkeit der Rettungsmittel muss entsprechend der länderbezogenen Regelungen die Vorhaltung von rettungsdienstlichen Ressourcen erhöht werden.

Eine wesentliche Ursache für die Einsatzsteigerung sind hierbei systemfremde Einsätze, die aufgrund der Stellung des Rettungsdienstes als Ultimo-Ratio-Mittel in der Notfallversorgung von diesem gepuffert werden. Hintergrund ist, dass die Erwartungshaltung auf schnelle Hilfe zunimmt und gleichzeitig die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit medizinischen Problemen abnimmt. Das stetig steigende Einsatzaufkommen führt vielerorts zu einem höheren Transportaufkommen. Die Möglichkeiten, die Patientin oder den Patienten vor Ort zu versorgen, sind aufgrund der rechtlichen Befugnisse der Rettungskräfte, der zum Teil fehlenden, sich bisher auf tatsächliche lebensbedrohliche Notfälle konzentrierenden Ausbildung der Rettungskräfte und letztlich aufgrund der fehlenden (tele-)ärztlichen Konsultationsmöglichkeit sehr beschränkt.

⁴ vgl. Mettelmann et. al., Rettungsdienst, kassenärztlicher Notdienst oder Notaufnahme, in Med Klin Intensivmed Notfallmed. 2022, 117 (144–151)

⁵ vgl. Dahmen et. al, „Warum wird der Notruf 112 gewählt?“ – Befragung zum Notrufverhalten der Berliner Bevölkerung, in Notfall + Rettungsmedizin, 2021

So ist der Versorgungsweg vielerorts mit der Wahl des Notrufes bereits vorgegeben:

Aus Angst vor rechtlichen Auseinandersetzungen wird von der Rettungsleitstelle selbst bei offensichtlichen Nicht-Notfällen ein Rettungswagen entsendet.



Den Notfallsanitäterinnen und -sanitätern vor Ort mangelt es zum Teil an entsprechenden Freigaben, um die Patientin oder den Patienten am Einsatzort abschließend zu versorgen bzw. bei Bagatellen an andere Strukturen zu verweisen, sodass mit Entsendung des Rettungsmittels oftmals auch der Transport einhergeht.



Mit dem Transport werden auch die Nicht-Notfallpatienten letztlich in die Notaufnahme befördert und müssen auch hier systemfremd versorgt werden.

Außerdem führt die zunehmende Entsendung der Rettungsmittel zu Bagatelleinsätzen zu einem höheren Ausbildungsbedarf für das rettungsdienstliche Personal, da aufgrund rückläufiger „echter“ Notfälle bei gleichzeitig steigender Einsatzzahl die Einsatzroutine für lebensbedrohliche Einsätze fehlt und mit entsprechendem Training kompensiert werden muss.

3.2 Parallelstrukturen

Der Rettungsdienst hält ein flächendeckendes Netz an Rettungswachen mit einer engmaschigen Versorgungsstruktur vor. Dem gegenüber steht das System des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst steht vor der Herausforderung der mangelnden Bereitschaft der Mitgliedsärzte, am Notdienstsystem mitzuwirken. Dies führt unter anderem dazu, dass die Versorgungsgebiete, die jeweils ein Arzt abzudecken hat, immer größer werden und somit längere Fahrt- und damit auch längere Wartezeiten entstehen. Aufgrund von Ungeduld oder Angstepfinden der Patientinnen und Patienten wird die lange Wartezeit dann mit der Wahl des Notrufes kompensiert.

Hinzu kommt, dass für die Patientinnen und Patienten bei selbsterklärter Unzuständigkeit des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes oftmals nur der Rettungsdienst als Versorgungsmöglichkeit übrig bleibt und dieser somit bestehende Versorgungsmängel kompensieren muss.

4 / Zielsetzung einer Reform

Die Reform des bestehenden Systems der Notfallversorgung sollte aus Sicht der Johanniter folgende Ziele verfolgen:



1. Versorgungsqualität verbessern

Ziel des Impulses ist es, das System nicht anhand bestehender Strukturen zu organisieren, sondern die Versorgung der Patientin oder des Patienten (wieder) in den Mittelpunkt zu rücken. Unnötige und verzögernde Verweise auf andere Versorgungsstrukturen, Transporte, die einer Verantwortungsverschiebung gleichkommen sowie Behandlungen, die aufgrund mangelnder rechtlicher Kompetenz verzögert werden, werden daher hinfällig.



2. Effektivität steigern

Die in der ambulanten Versorgung tätigen Einheiten müssen ertüchtigt werden, um die Anforderungen, die mit dem sich wandelnden Verständnis der Gesellschaft von ambulanter Versorgung einhergehen, zu erfüllen.



3. Effizienz steigern

Die Versorgung sollte patientennah ermöglicht werden. Dabei ist das bestehende Netz aus Rettungswachen ein optimaler Ausgangspunkt, um daran anknüpfend mit kurzen Wegzeiten eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.



4. Doppelressourcen abbauen

Indem Nicht-Notfalleinsätze als systemimmanent akzeptiert werden, wird der Rettungsdienst der sich wandelnden Erwartungshaltung der Bevölkerung gerecht und übernimmt gemeinsam mit den Gesundheitsleitstellen verstärkt eine wichtige Lotsenfunktion im Gesundheitswesen. Die Stärkung der teleärztlichen Konsultationsmöglichkeiten macht die Hinzuziehung eines Arztes bei Nicht-Notfällen am Ort der Patientin oder des Patienten obsolet.



5. Kosten senken

Das Gesundheitssystem wird mit stetig steigenden Kosten belastet. Neben den pandemiebedingten Belastungen wird die medizinische Versorgung komplexer und die Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten nimmt stetig zu. Die gezielte Nutzung von Synergien der präklinischen Versorgung führt dazu, dass Kosten gesenkt und die Behandlung des Einzelnen wieder in den Vordergrund gerückt werden kann.

5 / Lösungsansatz

Das bestehende System muss aufgebrochen und effizient neu geordnet werden. Dies geht mit der grundsätzlichen Akzeptanz einher, dass auch „Nicht-Notfallpatienten“ Teil des Systems der präklinischen Versorgung und damit der rettungsdienstlichen Versorgungsstrukturen sind.

Die optimierte präklinische Versorgung baut dabei auf drei Säulen:

5.1 Zentraler Ansprechpartner: Die Gesundheitsleitstelle

Die Gesundheitsleitstelle ist zentraler Ansprechpartner der Bürgerinnen und Bürger für alle medizinischen, auch notfallmedizinischen bzw. lebensbedrohlichen Anliegen. Die Gesundheitsleitstelle bietet den Hilfesuchenden die einheitliche Kontaktmöglichkeit und vereint die Funktionen des medizinischen Notrufs 112 und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117.

Die Gesundheitsleitstelle nimmt die Anrufe nach Prioritäten gestaffelt (112 vor 116117, 116117 vor Direktwahl) entgegen. Anhand eines einheitlichen Beurteilungssystems wird der entsprechende Bedarf des Anrufenden ermittelt, auf diesen dann mit folgenden **Maßnahmen** reagiert werden kann:

- (tele-)ärztliche Konsultation aus der Gesundheitsleitstelle heraus
- Verweis der Patientin oder des Patienten an den Hausarzt, die Bereitschaftspraxis oder andere niedergelassene Strukturen
- Buchung eines Termins für den Patienten bei einem geeigneten Gesundheitsdienstleister
- Erläuterung der Möglichkeit der Inanspruchnahme der Akutprechstunde des eigenen Haus- oder Facharztes
- Verweis des Anrufers auf geeignete sonstige Versorgungsformen (z. B. Kältehilfe, Frauenhaus, sozialer Dienst des Landkreises, Seelsorge, Jugendamt, Polizei)
- prioritätsabhängiges Aufsuchen der Patientin oder des Patienten mit der Möglichkeit der Behandlung vor Ort und/oder des Patiententransports

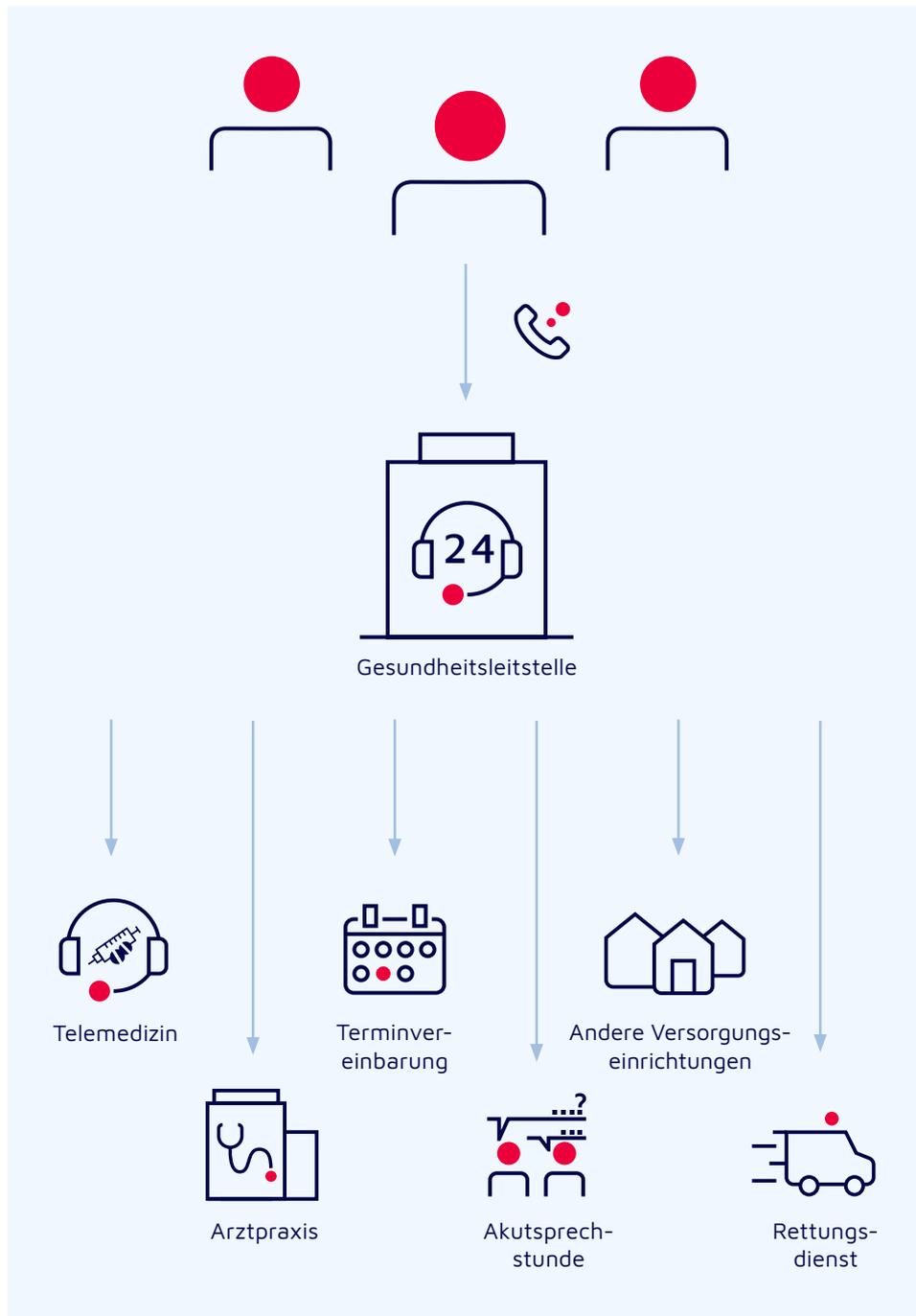


Abb.: Schematische Darstellung der Gesundheitsleitstelle

Sektorenunabhängige Beurteilung des Patientenbedarfs

Der größte Vorteil einer gemeinsamen Disposition besteht darin, dass der Patientenbedarf sektorenunabhängig beurteilt wird, die passende Maßnahme definiert und die weiteren Schritte veranlasst werden können.

Die Gesundheitsleitstelle hält mindestens eine geeignete ärztliche Ressource vor. So können **telemedizinische Leistungen** für anrufende Bürgerinnen und Bürger sowie für Einsatzkräfte am Notfallort angeboten werden.

Die Gesundheitsleitstelle muss für diese Aufgaben entsprechend ertüchtigt werden. Neben den infrastrukturellen Erfordernissen, die eine gemeinsame Annahme von 112 und 116117 mit sich bringen, muss schon die Gesundheitsleitstelle auf einen **patientenbezogenen Datensatz** zugreifen können, um bei Anrufen bzw. Einsätzen auf Vorgeschichte und Patientenbesonderheiten reagieren zu können. Diese vorgelagerten Informationen verbessern die Patientenversorgung, da die bereits bei vergangenen Kontakten und Einsätzen gesammelten Informationen genutzt werden können. Die Gesundheitsleitstelle sollte daher in ihrer Schlüsselfunktion auf die elektronische Patientenakte zugreifen können.

Sofern die Gesundheitsleitstelle eine Behandlung vor Ort und/oder einen Transport für notwendig hält, kann sie das geeignete Rettungsmittel entsenden. Dafür stehen der Gesundheitsleitstelle Krankentransportwagen, Rettungswagen, Notarzteeinsatzfahrzeuge sowie weitere Sonderfahrzeuge zur Verfügung.

Priorisierung der Versorgungsaufträge

Um dem sich wandelnden Patientenbild gerecht zu werden, werden Versorgungsaufträge mit einer Prioritätseinschätzung versehen. Die Aufträge werden dann mit den **unterschiedlichen Prioritäten** den Rettungsmitteln zugewiesen. Dies ermöglicht nicht nur die dezidierte Unterteilung in Einsätze mit und ohne Sonder- und Wegerechten, sondern führt auch zu einer bedarfsgerechteren Versorgung der Patientinnen und Patienten. Einsätze mit niedrigerer Priorität, also Nicht-Notfalleinsätze, die aber dennoch einer ärztlichen oder notfallmedizinischen Konsultation bedürfen, können so ohne kurze Ausrück- und Hilfsfristen bedient werden. Dies führt im rettungsdienstlichen Arbeitsalltag dazu, dass erforderliche wachenbezogene Tätigkeiten ohne Unterbrechung durch nicht-dringliche Aufträge beendet werden können. Ferner ermöglicht die prioritätsbezogene Klassifikation von Einsätzen, dass Rettungsmittel nicht fest in einem Auftrag gebunden sind, sondern von Einsätzen niedrigerer Priorität zu Einsätzen höherer Priorität umdisponiert werden können.

5.2 Sektorenübergreifende Versorgung

Die präklinische Versorgung fokussiert sich künftig auf die Patientin und den Patienten mit seinen unterschiedlichen Bedürfnissen und überwindet so bestehende Systemgrenzen.

Die Rettungsmittel erhalten ihre **Einsätze mit der entsprechenden Priorisierung** aus der Gesundheitsleitstelle. Aus der Priorität folgt die Reaktionszeit, binnen der eine Patientin oder ein Patient konsultiert werden soll. Die Priorisierung ermöglicht, dass auch auf nichtdringliche Einsätze, die bisher mangels anderweitiger Versorgungsmöglichkeiten ebenfalls vom Rettungsdienst unter Einhaltung der Hilfsfrist abgearbeitet werden mussten, in einem angemessenen Zeitfenster reagiert wird und die Einheiten so effizienter disponiert werden.

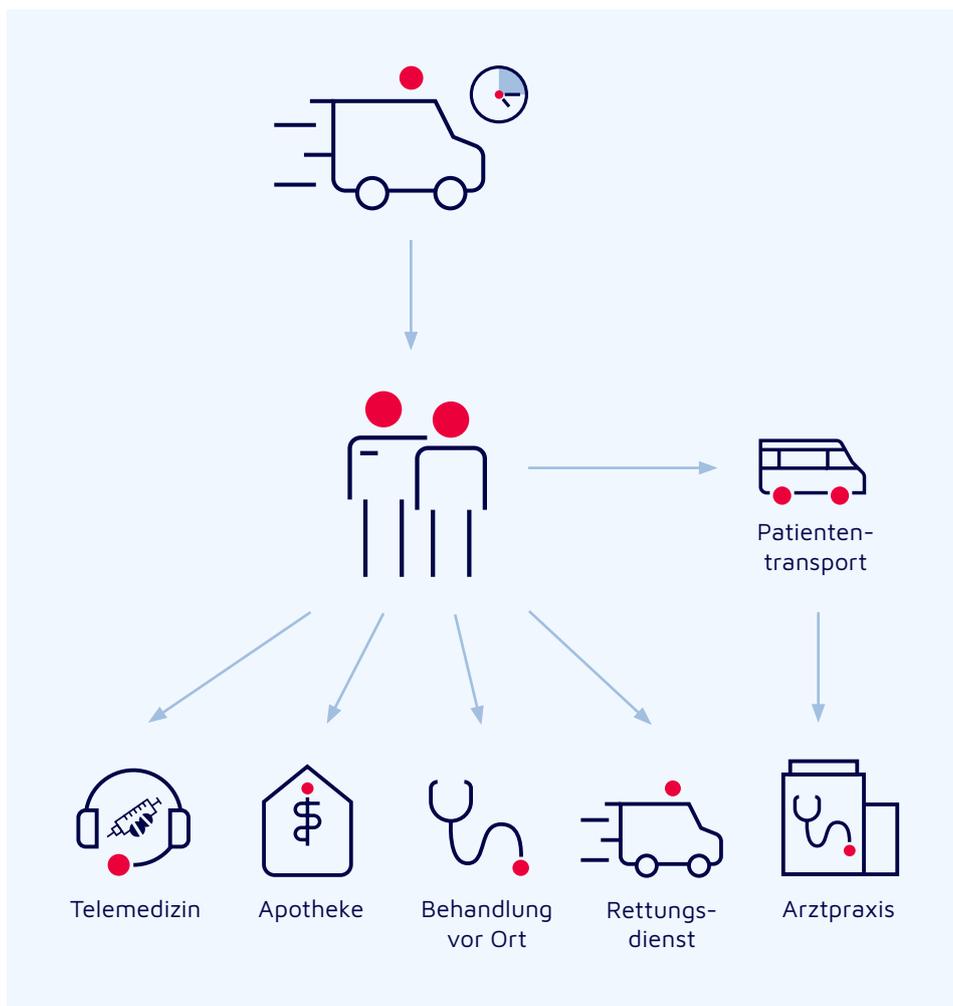


Abb.: Sektorenübergreifende Versorgung

Flexibler Einsatz von Rettungsmitteln

Die Zuordnung von Einsätzen bindet das Rettungsmittel nicht abschließend, da Einsätze mit niedrigerer Priorität jederzeit durch Einsätze mit hoher Priorität ersetzt oder nachgeordnet werden können. So wird vermieden, dass Rettungsmittel für Nicht-Notfälle gebunden werden, während für tatsächliche Notfälle ein weiter entfernt stationiertes Rettungsmittel alarmiert werden muss.

Dabei wird die Hilfsfrist als Planungsgröße durch die **Interventionszeit** ergänzt. Die Interventionszeit ist abhängig vom Hilfebedarf (z. B. Krankheits- oder Verletzungsbild) und definiert die Zeit, binnen der eine Behandlung erfolgt sein soll. Dies kann sich bei leichteren Krankheitsbildern auf die Behandlung vor Ort und bei schwereren Krankheitsbildern auf die klinische Behandlung (z. B. „Golden Hour of Shock“; Lyse bei Apoplex, etc.) erstrecken.

Durch die Priorisierung und der Möglichkeit, Rettungsmittel von Einsätzen mit niedriger zu Einsätzen mit höherer Priorität umzudisponieren, wird sich auch die Deckung der Interventionszeit verbessern. Dringlich zu behandelnde Krankheitsbilder können so schneller versorgt, transportiert und behandelt werden.

Die Hilfsfrist bleibt als Planungsgröße vor allem für die Bedarfsplanung für Patienten mit akuten xABCDE-Problemen bestehen.

Bedarfsgerechter Transport

Aufgrund der vorherigen teleärztlichen Konsultationsmöglichkeit der Gesundheitsleitstelle sind Patiententransporte rein zur ärztlichen Vorstellung nicht mehr notwendig. Die Patientinnen und Patienten werden künftig nur noch transportiert, wenn sie nicht zu Hause behandelt bzw. versorgt werden können und eine Behandlung unmittelbar notwendig ist. Für den Transport stehen dem Rettungsmittel mehrere Optionen offen:

- Transport mit dem Rettungsmittel in eine Notaufnahme
- Transport mit dem Rettungsmittel in eine Bereitschaftspraxis (außerhalb der regulären Praxenöffnungszeiten)
- Transport mit dem Rettungsmittel in eine vorausgewählte KV-Praxis (innerhalb der regulären Praxenöffnungszeiten)

Sollte die Behandlung oder Versorgung nicht dringend sein, wird die Patientin oder der Patient auf die jeweils angemessene Versorgungsstruktur verwiesen. Sofern sie oder er mobilitätseingeschränkt ist, kann der Rettungswagen oder der Telearzt in der Gesundheitsleitstelle auch einen Transportschein ausstellen, damit die Patientin oder der Patient abseits der Notfallstrukturen versorgt werden kann.

Sollte sich nach teleärztlicher Konsultation herausstellen, dass die Patientin oder der Patient vor Ort verbleibt und ein Rezept erhalten soll, kann der Telearzt dieses ausstellen und als eRezept an die zuständige Bereitschaftsapotheke versenden.

So werden Doppel- oder gar Dreifachalarmierungen vermieden, da die parallel laufenden Systeme künftig in einem Versorgungsfokus aufgehen.

Kompetenzschärfung und Bürokratieabbau

Um diese breitqualifizierte Einschätzungs- und Versorgungsrolle künftig übernehmen zu können, müssen die Mitarbeitenden im Rettungsdienst entsprechend ertüchtigt werden. Wichtig ist dafür die Akzeptanz, dass die Versorgung im Rettungsdienst deutlich umfangreicher ist als das reine Abarbeiten von klassischen Notfallbildern. Bei dieser **Kompetenzerweiterung und -schärfung** geht es um die routinierte Anwendung der kompletten Standarddiagnostik, um die standardmäßige Beurteilung von Nicht-Notfallpatienten sowie um das Erlernen von grundpflegerischen Tätigkeiten und Maßnahmen der ambulanten Versorgung, wie z. B. das Wechseln eines Blasenkatheters.

Um das System der Notfallversorgung effizienter zu gestalten, muss die **Finanzierung vereinfacht** und die **Bürokratie abgebaut** werden. Die Notfallversorgung ist dabei sowohl Teil des Gesundheitssystems mit den daraus resultierenden Finanzierungszuständigkeiten der Sozialversicherungsträger, als auch Teil der Gefahrenabwehr mit der daraus resultierenden kommunalen Planungshoheit. Diese Doppelrolle ist systemimmanent und mit Blick auf die Ärzteschaft, die ebenfalls unstrittig Teil des Gesundheitssystems ist und bei unmittelbarer Gefahr für Leib oder Leben mitwirkt, nicht einzigartig.

Etablierung von Budgetlösungen

Die Finanzierung muss insgesamt neu gedacht werden. Dabei wäre eine Abrechnung nach durchgeführten Transporten mit dem neuen Ansatz, der die Versorgung (und nicht den Transport) der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt, nicht vereinbar. Vielmehr sollten Budgetlösungen etabliert werden, die die Kosten des Rettungsdienstes inklusive der Kosten der medizinischen Versorgung abbilden. Die dafür im Hintergrund für die einzelnen Kostenträger notwendigen Aufteilungen lassen sich aus den einmal erhobenen und von der Gesundheitsleitstelle sowie behandelndem Rettungsmittel gemeinsam bearbeiteten Datensatz ermitteln.

Ziel sollte sein, auch im Rahmen der Abrechnung die Digitalisierung voranzutreiben. Einfache Abrechnungsmodalitäten kommen dabei wieder dem Gesamtsystem zugute, da somit mehr finanzielle Mittel für die Versorgung bereitstehen.

5.3 Optimierung der Anlaufpunkte

Wichtig ist, neben der Versorgung vor Ort auch die darauffolgenden Anlaufpunkte zu optimieren.

Als **Transportziele** kommen die Notaufnahme, die Bereitschaftspraxis, ausgewählte Arztpraxen sowie andere Versorgungseinrichtungen in Betracht. Die vielerorts an oder in unmittelbarer Nähe zu den Notaufnahmen eingerichteten Bereitschaftspraxen sind dabei ein wichtiger Anlaufpunkt, da in diesen Nicht-Notfälle behandelt werden können, ohne dass dafür die Kapazitäten der klinischen Notaufnahmen beansprucht werden müssen. Optimalerweise sollte für notwendige Diagnostik auf gemeinsame Ressourcen zurückgegriffen werden.

Die **Ersteinschätzung** zur Ermittlung des Transportziels erfolgt bereits durch das Personal des Rettungsdienstes. Dabei können Patientinnen und Patienten mit NACA II – für Patienten mit NACA 0 und I ist kein Transport erforderlich – auch direkt zu ausgewählten Arztpraxen oder dem gemeinsamen Anlaufpunkt transportiert werden. Ab NACA III ist der Transport an einen der gemeinsamen Anlaufpunkte erforderlich, da nur hier die mögliche stationäre Behandlung eingeleitet werden kann. Patienten mit NACA IV oder höher werden direkt der klinischen Struktur zugeführt, da nur dort adäquat und ohne Zeitverlust auf die drohende oder vorliegende Lebensgefahr reagiert werden kann.

Die **weiterführende Versorgungsbeurteilung** an dem gemeinsamen Anlaufpunkt dient zur Beurteilung, welcher der dort angesiedelten Strukturen für die weitere Versorgung des Patienten angemessen ist. Diese Beurteilung muss nicht zwingend ärztlich, aber mindestens durch eine geeignete medizinische Fachkraft sowie im entsprechenden organisatorischen und rechtlichen Rahmen erfolgen. Mitarbeitende der Patientenmeldung oder andere Verwaltungskräfte sind für die medizinische Ersteinschätzung nicht geeignet.

Entsprechend der Ersteinschätzung wird die Patientin oder der Patient daraufhin in der Bereitschaftspraxis oder der klinischen Notaufnahme versorgt.

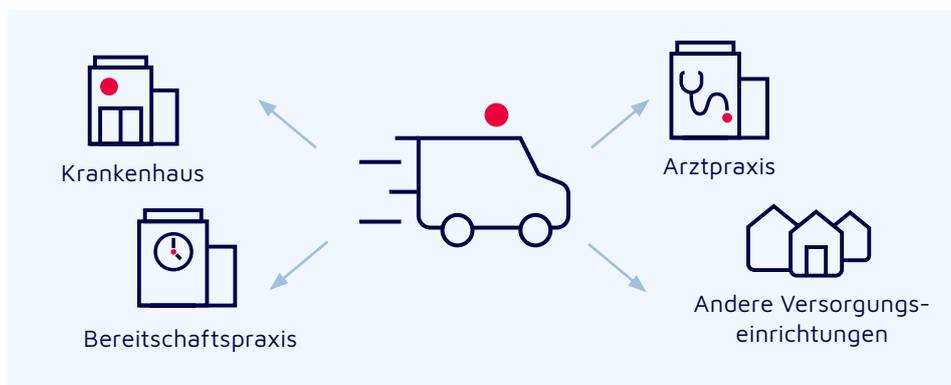


Abb.: Etablierung verschiedener Anlaufpunkte

Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Geschäftsbereich Rettung &
Medizinische Dienste

Lützowstraße 94
10875 Berlin

rettungsdienst@johanniter.de

Stand: August 2022



JOHANNITER

