



Niedersächsischer Landesausschuss Rettungsdienst (LARD)

Geschäftsordnung und Empfehlungen des Niedersächsischen
Landesausschusses Rettungsdienst

9. Auflage
Stand: Juli 2020

Landesausschuss Rettungsdienst

Gemäß § 13 Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz in der Fassung vom 02. Oktober 2007 richtet das Land einen Landesausschuss Rettungsdienst ein. Er besteht aus jeweils fünf Vertreterinnen oder Vertretern der Träger des Rettungsdienstes, der Kostenträger und der Beauftragten sowie fünf von der Ärztekammer Niedersachsen zu benennenden Ärztinnen oder Ärzte. Der Landesausschuss Rettungsdienst berät die Träger des Rettungsdienstes und die Beauftragten und befasst sich mit Grundfragen des Rettungsdienstes und seiner Fortentwicklung, insbesondere mit Qualitätsstandards für die Notfallrettung und Qualitätsmanagement im Rettungsdienst. Für gewöhnlich tagt der Ausschuss zweimal im Jahr. Die von ihm eingesetzten Arbeitsgruppen kommen dagegen häufiger zusammen.

Die Arbeit des Landesausschusses wird durch eine von ihm gegebene Geschäftsordnung konkretisiert. Vom jeweiligen vorsitzenden Mitglied werden die Geschäfte des Ausschusses geführt. Der Vorsitz wechselt turnusgemäß alle vier Jahre und ist zuletzt zum 01.01.2017 den Beauftragten im Rettungsdienst übertragen worden. Die Geschäftsstelle ist unter der folgenden Anschrift zu erreichen:

Deutsches Rotes Kreuz
Rettungsdienst und Krankentransport
im Landkreis Schaumburg e.V.
Steinberger Straße 1a
31737 Rinteln

Empfehlungen des Landesausschusses Rettungsdienst werden nach Beschluss im niedersächsischen Ministerialblatt veröffentlicht.

Inhaltlich identisch jedoch in anderer Darstellung können die Empfehlungen auch über die Website des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport auf der folgenden Seite http://www.mi.niedersachsen.de/themen/innere_sicherheit/rettungsdienste/landesausschuss-rettungsdienst-94255.html abgerufen werden. Diese Seite erfährt eine ständige Aktualisierung.

Übersicht über aktuelle Empfehlungen des LARD	Seite
Geschäftsordnung des LARD vom 16.11.2016	5
Dokumentation und Datenverarbeitung der Einsätze im Rettungsdienst vom 06.01.2010	7
Qualitätsmanagement im Rettungsdienst vom 07.09.2010	8
Örtliche Einsatzleitung vom 03.11.2010	9
Durchführung von Intensivtransporten vom 09.11.2011	11
Addendum der AG Evaluation Intensivverlegung Niedersachsen zur DIN 75076 "Intensivtransportwagen"-ITW vom 07.11.2012	12
Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten und Kranken (Großschadensereignisse) vom 19.11.2014	13
Strukturpapier zur Bedarfsplanung, deren Umsetzung und Analyse im Rettungsdienst vom 06.07.2016	18
Indikationskatalog für den Notarzteinsatz vom 05.08.2016	20
Positionspapier zur Bearbeitung von medizinischen Hilfeersuchen der Bevölkerung vom 05.08.2016	21
Rettungsdienstliche Bewältigung von Amok- bzw. Terrorlagen vom 28.02.2017	23
Disposition von Rettungsmitteln bei Schul- und Arbeitsunfällen vom 17.08.2017	25
Positionspapier des Landes Ausschusses "Rettungsdienst" zur Einführung einer webbasierten Informationsplattform für die Zuweisung von Notfallpatienten zur klinischen Versorgung vom 17.08.2017	26
Ausstellung eines einheitlichen Ausweises für PSNV-Kräfte vom 17.08.2017	28
Empfehlung zur notwendigen Neuausrichtung bei der Bearbeitung von Hilfeersuchen durch Rettungsleitstellen vom 17.08.2017	31
Anforderungen an eine strukturierte und standardisierte Notrufabfrage (SSN) als Voraussetzung für die sachgerechte Bearbeitung von Hilfeersuchen in Leitstellen vom 14.03.2018	36
Transport heimbeatmeter Patienten vom 16.08.2018	39
Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst vom 23.11.2018	42

Ärztliche Leitung Rettungsdienst vom 24.04.2019	54
Richtlinie für die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten (Kostenrichtlinie) vom 28.08.2019	56
Niedersächsische Umsetzung Notfallsanitätärgesetz (NUN) 2020 inkl. Änderungskommentar vom 27.11.2019	82
Qualifikation von Einsatzführern auf Notfall-Krankentransportwagen vom 05.05.2020	115
Aufgaben und Pflichten von Notärztinnen und Notärzten nach dem nieders. Bestattungsgesetz und rettungsdienstliches Vorgehen am Einsatzort vom 05.05.2020	116
Neuausrichtung bei der Bearbeitung von Hilfeersuchen durch Rettungsleitstellen Zuordnungsmatrix 3.0	118

**Geschäftsordnung des Landesausschusses
„Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG**

Bek. d. MI v. 16. 11. 2016 — 35.22 41576-10-13 —

Bezug: Bek. v. 24. 3. 2009 (Nds. MBl. S. 523)

In der **Anlage** wird die Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ bekannt gemacht. Die Bezugsbekanntmachung wird mit Wirkung vom 15. 11. 2016 aufgehoben.

— Nds. MBl. Nr. 5/2017 S. 154

Anlage

**Geschäftsordnung des Landesausschusses
„Rettungsdienst“ vom 16. 11. 2016**

Aufgrund des § 13 Abs. 2 Satz 3 NRettDG i. d. F. vom 2. 10. 2007 (Nds. GVBl. S. 473) gibt sich der Landesausschuss „Rettungsdienst“ folgende Geschäftsordnung:

Erster Teil

Ausschuss

§ 1

Mitglieder

(1) Der Ausschuss besteht aus 20 stimmberechtigten Mitgliedern. Für diese können je zwei Stellvertreterinnen oder Stellvertreter berufen werden. Die stellvertretenden Mitglieder können anderen Organisationen derselben Mitgliedergruppe (§13 Abs. 1 Satz 2 NRettDG) angehören.

(2) Die fünf stimmberechtigten Vertreterinnen oder Vertreter der Träger des Rettungsdienstes setzen sich folgendermaßen zusammen:

1. zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Landkreise, zwei Vertreterinnen oder Vertreter der kreisfreien Städte oder der in § 3 Abs. 1 Nr. 2 des NRettDG namentlich aufgeführten Städte und
2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Trägers der Luftrettung.

(3) Die fünf stimmberechtigten Vertreterinnen oder Vertreter der Beauftragten setzen sich folgendermaßen zusammen:

1. vier Vertreterinnen oder Vertreter der mit dem bodengebundenen Rettungsdienst Beauftragten,
2. eine Vertreterin oder ein Vertreter der mit der Luftrettung Beauftragten.

(4) Der Ausschuss kann mit einer Mehrheit von 16 Stimmen befristet nicht stimmberechtigte außerordentliche Mitglieder hinzuziehen.

(5) Nur natürliche Personen können Mitglieder oder stellvertretende Mitglieder des Ausschusses werden.

(6) Ein Mitglied oder ein stellvertretendes Mitglied wird auf Antrag der benennenden Organisation abberufen. Darüber hinaus können alle Mitglieder ihr Amt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem zuständigen Fachministerium niederlegen. Bis zur Berufung einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers nimmt das stellvertretende Mitglied die Aufgaben im Ausschuss wahr.

§ 2

Amtsperiode

(1) Die Amtsperiode des Ausschusses beträgt vier Jahre. Die Amtszeit der während einer Amtsperiode neu berufenen Mitglieder oder stellvertretenden Mitglieder endet mit dem Ablauf der Amtsperiode. Die erste Amtsperiode endet am 30. September 1996.

(2) Mit Ablauf der Amtsperiode 2016 wird der Beginn und das Ende nachfolgender Amtsperioden auf den jeweiligen Beginn und das Ende des dem entsprechenden Kalenderjahres festgelegt. Diese Regelung findet erstmalig zum 1. Januar 2017 seine Anwendung.

§ 3

Vorsitz

(1) Die stimmberechtigten Mitglieder wählen aus ihrer Mitte ein vorsitzendes Mitglied und dessen Stellvertretung für die Dauer einer Amtsperiode.

(2) Die Wahl des vorsitzenden Mitglieds und seiner Stellvertretung wird mit verdeckten Stimmzetteln vorgenommen. Gewählt ist, wer mindestens 16 Stimmen auf sich vereinigt. Erhält keine Bewerberin oder kein Bewerber im ersten Wahlgang diese Mehrheit, so ist in einem zweiten Wahlgang gewählt, wer die meisten Stimmen auf sich vereinigt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

(3) Das vorsitzende Mitglied oder seine Stellvertretung verlieren ihr Amt, wenn der Ausschuss mit mindestens 16 Stimmen ein anderes Mitglied zum vorsitzenden Mitglied oder zu seiner Stellvertretung wählt.

(4) Das vorsitzende Mitglied und seine Stellvertretung können ihr Amt jederzeit niederlegen. Die Nachfolge des vorsitzenden Mitglieds tritt dann seine Stellvertretung an. Die Nachfolgerin oder den Nachfolger der Stellvertretung wählen die Mitglieder des Ausschusses in der auf die Niederlegung des Amtes folgenden Sitzung.

§ 4

Geschäftsstelle

Die Geschäfte des Ausschusses und der nach § 9 einzusetzenden Arbeitsgruppen werden von der Dienst- oder Arbeitsstelle des jeweiligen vorsitzenden Mitglieds des Ausschusses geführt.

§ 5

Sitzungen

(1) Zur ersten Sitzung einer jeden Amtsperiode tritt der Ausschuss auf Einladung des zuständigen Fachministeriums zusammen.

(2) Die Termine der übrigen Sitzungen bestimmt der Ausschuss mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Darüber hinaus ist der Ausschuss einzuberufen, wenn mindestens fünf stimmberechtigte Mitglieder dies beim vorsitzenden Mitglied schriftlich unter Angabe des Beratungsgegenstandes beantragen.

(3) Auf Beschluss des Ausschusses lädt das vorsitzende Mitglied zu einzelnen Tagesordnungspunkten sachkundige Personen ein, wenn deren Anhörung mit Rücksicht auf den Beratungsgegenstand sachdienlich erscheint. Vertreterinnen und Vertreter des zuständigen Fachministeriums sind berechtigt, an den Sitzungen beobachtend teilzunehmen.

(4) Das vorsitzende Mitglied lädt die übrigen Mitglieder des Ausschusses zu den Sitzungen ein und gibt den stellvertretenden Mitgliedern den Termin nachrichtlich bekannt. Es legt den Ort der jeweiligen Sitzung fest, sofern nicht der Ausschuss einen Sitzungsort bestimmt hat. Die Geschäftsstelle bereitet die Sitzungen vor. Sie versendet die Einladungen mit einer vorläufigen Tagesordnung und etwaigen Beratungsunterlagen. Zwischen dem Versenden der Einladungen und dem Sitzungstermin soll eine Frist von mindestens 4 Wochen liegen, sofern nicht zwischen dem Termin und seiner Bestimmung durch den Ausschuss eine kürzere Frist liegt.

(5) Die stimmberechtigten Mitglieder oder deren Stellvertretungen können weitere Vorschläge zur Tagesordnung machen. Die Vorschläge sollen dem vorsitzenden Mitglied sowie den übrigen Mitgliedern vor der Sitzung schriftlich mitgeteilt werden. Zu Beginn seiner Sitzung beschließt der Ausschuss die endgültige Tagesordnung mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen.

(6) Das vorsitzende Mitglied leitet die Sitzungen. Bei Abwesenheit dieses Mitglieds und seiner Stellvertretung wählen anwesende Mitglieder eine Sitzungsleitung für die jeweilige Sitzung.

(7) Ist ein Mitglied an der Teilnahme verhindert, so tritt an seine Stelle ein vertretendes Mitglied. Das verhinderte Mitglied unterrichtet unverzüglich die Geschäftsstelle und seine Vertretung über seine Verhinderung.

(8) Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben über die Sitzung Stillschweigen zu bewahren, sofern nicht der Ausschuss im Einzelfall etwas anderes beschließt.

§ 6

Beschlussfassung

(1) Sofern sich aus dieser Geschäftsordnung nichts Abweichendes ergibt, ist der Ausschuss beschlussfähig, wenn mindestens 16 stimmberechtigte Mitglieder anwesend sind und die abwesenden Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden. Die Beschlüsse des Ausschusses werden mit den Stimmen von mindestens 16 stimmberechtigten Mitgliedern gefasst, sofern sich nicht aus dieser Geschäftsordnung etwas anderes ergibt.

(2) Ist eine Angelegenheit wegen Beschlussunfähigkeit des Ausschusses zurückgestellt worden und wird der Ausschuss zum zweiten Mal zur Beschlussfassung über diesen Gegenstand einberufen, ist er auch dann beschlussfähig, wenn weniger als 16 stimmberechtigte Mitglieder anwesend sind. Der Ausschuss beschließt in diesem Fall mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. In der Ladung zur zweiten Sitzung muss hierauf hingewiesen werden.

(3) Ist in dieser Geschäftsordnung bestimmt, dass Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst werden, gelten Stimmenenthaltungen nicht als abgegebene Stimmen; bei Stimmengleichheit gilt eine Beschlussvorlage als abgelehnt.

(4) Beschlüsse können im schriftlichen Verfahren herbeigeführt werden, sofern der Ausschuss über den Gegenstand der Beschlussfassung bereits beraten und diesem zugestimmt hat.

§ 7

Niederschriften

(1) Über jede Sitzung des Ausschusses wird von der Geschäftsstelle eine Niederschrift gefertigt. In die Niederschrift sind aufzunehmen:

1. die Namen der Mitglieder und der übrigen Personen, die an der Sitzung teilgenommen haben,
2. Ort, Tag, Beginn und Ende der Sitzung,
3. die Gegenstände der Beratung,
4. der Wortlaut der gefassten Beschlüsse.

Das vorsitzende Mitglied unterzeichnet die Niederschrift.

(2) Die Niederschrift gilt als genehmigt, wenn innerhalb eines Monats nach Zusendung an die Mitglieder, die an der Sitzung teilgenommen haben, keine Einwendungen erhoben werden. Soweit Einwendungen erhoben werden, erfolgt eine Abstimmung im weiteren Umlaufverfahren.

(3) Den übrigen Mitgliedern und den stellvertretenden Mitgliedern wird eine Ausfertigung der genehmigten Niederschrift übersandt. Soweit Nichtmitglieder an der Sitzung teil-

genommen haben, erhalten sie einen Auszug aus der genehmigten Niederschrift mit den Tagesordnungspunkten, an deren Besprechung sie teilgenommen haben.

(4) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder dürfen die von der Geschäftsstelle übersandte genehmigte Niederschrift der von ihnen vertretenen Mitgliedergruppe zuleiten.

§ 8

Bekanntmachung der Empfehlungen

Das zuständige Fachministerium gibt die Empfehlungen des Ausschusses im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt.

Zweiter Teil

Arbeitsgruppen

§ 9

Arbeitsgruppen

(1) Der Landesausschuss setzt bei Bedarf Arbeitsgruppen ein.

(2) Die Arbeitsgruppen bereiten bei Aufgabenzuweisung durch den Ausschuss dessen Beschlüsse vor.

§ 10

Mitglieder

(1) In eine Arbeitsgruppe nach § 9 Abs. 1 entsendet jede Mitgliedsgruppe ein Mitglied oder ein stellvertretendes Mitglied des Ausschusses als ordentliches Mitglied.

(2) Die Arbeitsgruppen können für bestimmte Beratungsgegenstände auf Vorschlag eines Mitglieds der Arbeitsgruppe sachkundige Personen als außerordentliche Mitglieder hinzuziehen.

§ 11

Verfahren

(1) Die ordentlichen Mitglieder der Arbeitsgruppe bestimmen aus ihrem Kreis die vorsitzende Person. Kommt keine Einigung zustande, wird die vorsitzende Person durch das Los bestimmt.

(2) Eine Arbeitsgruppe ist beschlussfähig, wenn alle ordentlichen Mitglieder anwesend oder ordnungsgemäß vertreten sind. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. § 6 Abs. 3 und 4 gelten sinngemäß.

(3) Die Fertigung der Niederschrift erfolgt entsprechend § 7 durch eine von der vorsitzenden Person bestimmte Person, die der Arbeitsgruppe nicht angehören muss. Die von der vorsitzenden Person genehmigte Niederschrift ist an die Geschäftsstelle weiterzuleiten.

Dritter Teil

Gemeinsame Vorschriften

§ 12

Entschädigung

Die Mitglieder des Ausschusses, deren Stellvertretungen und die außerordentlichen Mitglieder der Arbeitsgruppen erhalten bei der Teilnahme an einer Sitzung eine Entschädigung. Die Höhe der Entschädigung wird vom zuständigen Fachministerium gesondert geregelt.

§ 13

Änderung der Geschäftsordnung

Die Geschäftsordnung kann durch einstimmigen Beschluss der stimmberechtigten Mitglieder des Ausschusses geändert werden.

Allgemeine Aspekte

- Die Art der Datenerfassung ist grundsätzlich freigestellt.
- Die Datenerfassung muss anwenderfreundlich und rettungsdiensttauglich sein (z. B. witterungsresistent, hygienisch unbedenklich).
- Zur kontinuierlichen Dokumentation ist das Einsatzprotokoll bei der Patientenübergabe in Papierform zu übergeben.

Datenverarbeitung

- Die Daten sind zur elektronischen Auswertung aufzubereiten und zentral zu archivieren.
- Die Schnittstellen sind zu definieren (z. B. Einsatzleitrechner, Abrechnungssystem).
- Es ist eine Verknüpfung mit dem Einsatzleitrechner für die Übertragung der Einsatzzeiten, Alarmnummer, Start- und Zielort erforderlich.

Datenschutz

- Die jeweils aktuellen Datenschutz-Bestimmungen sind zu beachten.

Wirtschaftlichkeit

- Die Dokumentation und Datenverarbeitung dient der Qualitätssicherung sowie der Sicherstellung und Optimierung eines auf den Patienten ausgerichteten, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Rettungsdienstes.
- Dokumentation und Datenverarbeitung sind — auch unter Beachtung von Einsatzhäufigkeit und Auslastung — wirtschaftlich und effizient durchzuführen.

B. Ministerium für Inneres, Sport und Integration**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Dokumentation und Datenverarbeitung
der Einsätze im Rettungsdienst**

Bek. d. MI v. 6. 1. 2010 — B21.32 41576-10-13/0 —

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses Rettungsdienst werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur Dokumentation und Datenverarbeitung der Einsätze im Rettungsdienst bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBL Nr. 8/2010 S. 232

Anlage**Dokumentation und Datenverarbeitung
der Einsätze im Rettungsdienst;
Empfehlung des Landesausschusses Rettungsdienst Niedersachsen****Grundlagen**

Dokumentation und Datenverarbeitung sind wichtige Bestandteile des Qualitätsmanagements im Rettungsdienst.

Datensatz

- Alle Einsätze der Notfallrettung sind mit dem jeweils aktuellen Formblatt „Notarzteinsatzprotokoll“ der DIV1 zu dokumentieren.
- Es wird der jeweils aktuelle Datensatz „MIND“ zugrunde gelegt.
- Der Datensatz soll zur Analyse und Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungsdienstes genutzt werden.

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Qualitätsmanagement im Rettungsdienst**

Bek. d. MI v. 7. 9. 2010 — B21.32 41576-10-13-0 —

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses Rettungsdienst werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zum Qualitätsmanagement im Rettungsdienst bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBL Nr. 36/2010 S. 944

Anlage

**Qualitätsmanagement im Rettungsdienst
Empfehlung des Landesausschusses
Rettungsdienst Niedersachsen**

Grundlagen

Der Landesausschuss Rettungsdienst (LARD) gibt zur Einführung der gesetzlich geforderten umfassenden Qualitätsmanagement-Systeme im Rettungsdienst (QM-RD) die folgenden Empfehlungen.

Allgemeine Aspekte

- Das QM-RD wird durch die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) entsprechend der Empfehlung des LARD zum ÄLRD geleitet.
- Die Empfehlung des LARD zum ÄLRD hinsichtlich der Einhaltung sach-, zeit- und bedarfsgerechter sowie wirtschaftlicher Prozessabläufe im Rettungsdienst ist hierbei zu beachten.
- Bereits bestehende QM-Strukturen aufseiten der vom Träger des Rettungsdienstes beauftragten Organisationen sind zu berücksichtigen.

Strukturqualität

- Zur Strukturqualität gehören insbesondere die Vorgaben des NRettDG zur personellen Besetzung der Rettungsmittel, die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes (MPG) und die Normen für Rettungsfahrzeuge. Die Einhaltung dieser Vorgaben ist ein direktes Maß für die Qualität der vorgehaltenen Strukturen.
- Die medizinische Ausstattung hat den allgemein anerkannten Regeln der Technik und den gültigen medizinischen Standards zu entsprechen.
- Die Bedarfsplanung im Rettungsdienst ist den tatsächlichen Erfordernissen kontinuierlich anzupassen.

Prozessqualität

- Zur Sicherung der Prozessqualität sind Vorgaben für die Bearbeitung der eingehenden Notrufe in der Rettungsleitstelle erforderlich.
- Für die wichtigsten Notfallsituationen sind Standard-Einsatzregeln (Algorithmen; Standard Operating Procedures/ SOP) auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse einzuführen; diese Regeln tragen zu einer gleichmäßigen und überprüfbaren Leistungserbringung bei.
- Die Ausrück-, Eintreff-, Versorgungs- und Transportzeiten sowie die Zeiten bis zur erneuten Einsatzbereitschaft der Rettungsmittel sind auszuwerten.

Ergebnisqualität

- Die Ergebnisqualität wird insbesondere durch kontinuierliche Auswertung der Rettungsdienstprotokolle mit bestimmten Leitdiagnosen — wie Polytrauma, Akutes Koronarsyndrom und Schlaganfall — geprüft.
- Bei diesen Leitdiagnosen ist in Absprache mit den Zielkliniken auf eine Rückmeldung (z. B. Kopie des Arztbriefes an ÄLRD) zu drängen.
- Die Auswertung weiterer Informationen wie Rückmeldungen der Patienten sowie von Angehörigen, Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen — auch im Rahmen sog. Kundenbefragungen — trägt zur Prüfung der Qualität bei.

Fortbildung

- Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen ist ein zentrales Element bei der Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.
- Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Einsatzdienst wird der Nachweis von mindestens 30 Stunden Fortbildung pro Jahr empfohlen.

Fehler- und Risikomanagement

- Der strukturierte Umgang mit Fehlern und Risiken und deren Vermeidung ist zwingender Bestandteil des QM-RD.
- Die Erfassung einschlägiger Ereignisse soll auf dem vom LARD empfohlenen DIVI-Protokoll unter der Rubrik „Zwischenfälle, Ereignisse, Komplikationen“ erfolgen.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess und Zertifizierung

- Im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sind die entsprechenden Aktivitäten in einem Maßnahmenplan zur ständigen Weiterentwicklung der erbrachten und nachweisbaren Qualität im Rettungsdienst festzuhalten.
- Nach Etablierung eines QM-Systems ist zum objektiven Qualitätsnachweis eine Zertifizierung durch eine unabhängige Stelle, z. B. gemäß DIN/EN ISO, anzustreben.

B. Ministerium für Inneres und Sport

Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; Örtliche Einsatzleitung

Bek. d. MI v. 3. 11. 2010 — B21.32-41576-10-13/0 —

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses Rettungsdienst werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur örtlichen Einsatzleitung bekannt gemacht (Anlage).

— Nds. MBL Nr. 5/2011 S. 104

Anlage

Aufgaben, Bestandteile und wirtschaftliche Kosten einer Örtlichen Einsatzleitung (ÖEL) gemäß § 7 NRettDG

1. Grundlagen

- Die ÖEL ist eine taktische Einheit. Vom Träger des Rettungsdienstes ist eine Dienstanweisung für die ÖEL in seinem Zuständigkeitsbereich zu erlassen.
- Benachbarte Rettungsdienstträger sollen gemäß § 4 Abs. 2 NRettDG zusammenarbeiten und vertragliche Regelungen über die Zusammenarbeit bei einem Großschadenereignis treffen.
- Für den Fall, dass bei einem Großschadenereignis initial keine individualmedizinische Versorgung der Patienten möglich ist, ist es das Ziel aller rettungsdienstlichen Bemühungen, schnellstmöglich wieder zur individualmedizinischen Versorgung zurückzukehren.

2. Allgemeine Organisation und Verfügbarkeit

- Die Verfügbarkeitszeit der ÖEL (das ist die Zeit von der Alarmierung durch die Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen an einem an einer öffentlichen Straße gelegenen Einsatzort) soll 30 Minuten nicht überschreiten.
- Die Verfügbarkeit der ÖEL kann im besonderen Einzelfall, unter Beachtung der heterogenen regionalen Gegebenheiten, von dieser Zeitvorgabe abweichen.
- Die ständige Einsatzbereitschaft der ÖEL ist sicherzustellen.

3. Zusammensetzung und Aufgaben

Die ÖEL besteht im Einsatz mindestens aus einer Leitenden Notärztin oder einem Leitenden Notarzt (LNA) und einer Organisatorischen Leiterin Rettungsdienst oder einem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL) — zur Definition siehe DIN 13050 „Rettungswesen — Begriffe“.

Grundsätzlich trägt die oder der LNA innerhalb der ÖEL die Gesamtverantwortung für die medizinische Gefahrenabwehr. Die oder der LNA und die oder der OrgL müssen vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Die oder der LNA und die oder der OrgL erkunden gemeinsam die Einsatzstelle und übernehmen danach in gegenseitiger Abstimmung ihre spezifischen Aufgaben.

Aufgaben der oder des LNA sind insbesondere:

- Beurteilung der Schadenlage aus medizinischer Sicht,
- Sichtung,
- Festlegung der Behandlungspriorität und -qualität,
- Festlegung der Transportpriorität und der Zielkrankenhäuser.

Aufgaben der oder des OrgL sind insbesondere:

- Beurteilung der Schadenlage aus taktisch-operativer Sicht,
- Festlegung des Standorts von Patientenablage und Behandlungsplatz usw.,
- Organisation des Abtransports in die festgelegten Zielkrankenhäuser,
- Beachtung der Unfallverhütungsvorschriften.

Die oder der LNA und die oder der OrgL kommen obligatorisch gemeinsam zum Einsatz. Ihre Funktionen gibt es im Einsatz nur einmal. Bei Bedarf werden Einsatzabschnitte gebildet, für die Unterabschnittsleiterinnen oder Unterabschnittsleiter (UAL) zu bestimmen sind. Weiteres Personal, wie Fahrerinnen oder Fahrer, Sprechfunkerinnen oder Sprechfunker, Melderinnen oder Melder und Dokumentationshelferinnen oder Dokumentationshelfer, kann einsatzbedingt durch die oder den LNA und/oder die oder den OrgL vor Ort zur ÖEL herangezogen werden.

4. Alarmierungsschwellen

„Die Rettungsleitstelle bestimmt im Einzelfall, ob die ÖEL an ihrer Stelle tätig wird“ (§ 7 Abs. 3 NRettDG). In Abhängigkeit von regionalen Gegebenheiten existieren daher unterschiedliche Indikationskataloge für den Einsatz der ÖEL. Mögliche Alarmierungsgründe sind:

- Ereignisse mit fünf oder mehr Notfallpatienten,
- Ereignisse, bei denen drei oder mehr Notärztinnen oder Notärzte an einer Schadensstelle tätig sind,
- auf Anforderung der Einsatzleiterin oder des Einsatzleiters der Feuerwehr,
- auf Anforderung einer Notärztin oder eines Notarztes,
- nach Einschätzung des Lagebildes durch die Rettungsleitstelle,
- bei drohender Gefahr (z. B. Evakuierung, Geiselnahme),
- bei besonderen rettungsdienstlichen Lagen (z. B. Großbränden).

5. Qualifikation

- Die oder der LNA muss über eine Qualifikation gemäß der aktuellen Empfehlung der Bundesärztekammer (BÄK) verfügen. Dazu zählen eine abgeschlossene Facharzt-Weiterbildung in einem Gebiet mit Bezug zur Intensivmedizin, die fortgesetzte Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt, Kenntnisse der regionalen rettungsdienstlichen Infrastruktur und die Teilnahme an einem mindestens 40-stündigen Seminar „Leitende Notärztin“ oder „Leitender Notarzt“ nach den Empfehlungen der BÄK und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).
- Die Organisatorische Leiterin oder der Organisatorische Leiter muss über eine Führungsausbildung sowie Erfahrungen in der Führung taktischer Einheiten oder als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter einer Rettungsleitstelle verfügen. Darüber muss sie oder er eine rettungsdienstliche Mindestqualifikation als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter (RS) oder eine vergleichbare Qualifikation besitzen.

6. Fortbildung

- Die oder der LNA und die oder der OrgL sollen sich regelmäßig theoretisch fortbilden und mit den weiteren Einheiten der Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Polizei, Katastrophenschutz usw.) gemeinsame Übungen durchführen.

7. Ausstattung

- Die oder der LNA und die oder der OrgL sind mit Dienstausweis, persönlicher Schutzkleidung gemäß Unfallverhütungsvorschriften (inklusive Funktionsweste) und Funkmeldeempfänger auszustatten.
- Die ÖEL soll im Einsatz über ein geeignetes Einsatzfahrzeug verfügen. Zu diesem Zweck ist ein Fahrzeug mit entsprechender Zusatzausrüstung für Führung und Dokumentation der Einsätze (Fernmeldeausstattung, Kartenmaterial, Material für Sichtung und Patientendokumentation) vorzuhalten.

- Regelungen für den Transport der oder des LNA und der oder des OrgL zur Einsatzstelle sind vom Träger des Rettungsdienstes in Abhängigkeit von den örtlichen Gegebenheiten zu treffen.

8. Versicherung

- Der Träger des RD stellt einen ausreichenden Versicherungsschutz für die Mitglieder der ÖEL (Amtshaftung, gesetzliche Unfallversicherung) sicher.

9. Finanzierung

- Bedingt durch die heterogene Struktur der niedersächsischen Rettungsdienstbereiche mit großen Unterschieden bei der zu versorgenden Einwohnerzahl, der zu versorgenden Fläche und den zu erwartenden Einsatzfällen für die ÖEL lässt sich keine allgemeingültige Kostenhöhe festlegen.
 - Die Finanzierung der ÖEL soll über die Vereinbarung von festen Gesamtkosten (Budget) erfolgen.
-

B. Ministerium für Inneres und Sport**Landesausschuss „Rettungsdienst“
nach § 13 NRettDG;
Durchführung von Intensivtransporten****Bek. d. MI v. 9. 11. 2011 — B22.32-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses Rettungsdienst werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur Durchführung von Intensivtransporten bekannt gemacht (Anlage).

— Nds. MBl. Nr. 9/2012 S. 202

Anlage**Empfehlung des Landesausschuss Rettungsdienst Niedersachsen
zur Durchführung von Intensivtransporten**

Das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz legt die Begriffe Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte (KoST) sowie der Intensivtransportwagen (ITW) fest (§ 6 a, § 9).

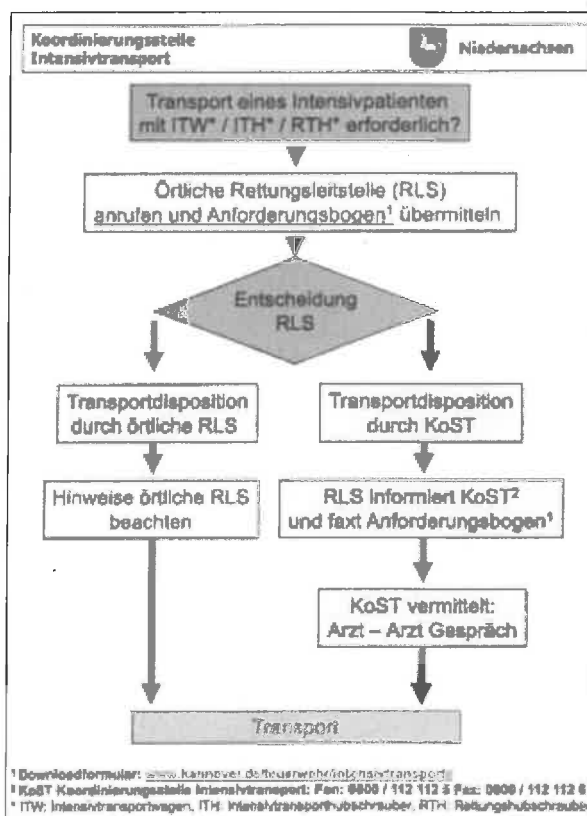
Folgende Einsatzgrundsätze sind bei der Anforderung von Intensivtransportmitteln zu beachten:

1. Die ausschließliche Zuständigkeit für die Durchführung und Koordination von arztbegleiteten Sekundärtransporten obliegt dem jeweiligen Rettungsdienstträger und der zuständigen Rettungsleitstelle (RLS). Besonders Transportanforderungen mit hoher Dringlichkeit (sofort = < 30 min) müssen initial in dieser Zuständigkeit bearbeitet werden. Der erste Ansprechpartner für die Kliniken ist grundsätzlich die zuständige Rettungsleitstelle (Anlage).
2. Intensivtransporte stellen im Bereich der arztbegleiteten Sekundärtransporte eine spezielle Untergruppe dar, die zur Transportdurchführung aus medizinischen Gründen eine spezielle erweiterte medizinische Ausstattung (ITW, ITH) sowie entsprechende Personalqualifikation erfordern.
3. Die KoST koordiniert die luft- und bodengebundenen Intensivtransporte. Im Bedarfsfall erfolgt hierbei eine länderübergreifende Zusammenarbeit.
4. Ist ein Intensivtransport mit einem Luftrettungsmittel (ITH/RTH) oder einem ITW indiziert, wird der Einsatz von der zuständigen Rettungsleitstelle an die KoST weitergeleitet und dort disponiert¹⁾. Die Einsätze werden entsprechend der Einsatzdringlichkeit, Rettungsmittelverfügbarkeit und Gesamteinsatzdauer disponiert.
5. Die Anforderung von Luftrettungsmitteln (ITH/RTH) zum sofortigen Sekundärtransport (< 30 min) durch ein Krankenhaus ist direkt in der RLS und im Ausnahmefall in der KoST möglich.

¹⁾ Der Einsatz der Dual-Use-ITW in Göttingen und Hameln wird von der örtlichen Rettungsleitstelle disponiert.

²⁾ <http://www.hannover.de/feuerwehr/Intensivtransporte>.

6. Um eine ausreichende Informationsqualität für die Einsatzmitteldisposition in der KoST sicherzustellen, muss zusätzlich zur telefonischen Transportanforderung das vollständig ausgefüllte Anforderungsformular „Intensivverlegung Niedersachsen“ an die KoST übermittelt werden. Das Anforderungsformular steht zum Download zur Verfügung²⁾.
7. Bei Intensivtransporten erfolgt grundsätzlich ein Arzt-Arzt-Gespräch zwischen dem anfordernden und dem begleitenden Arzt.
8. Bei medizinischen Unklarheiten oder Besonderheiten seitens der verlegenden Klinik kann zur Beratung bereits im Vorfeld ein Arzt-Arzt-Gespräch durch die KoST vermittelt werden.

Anlage

B. Ministerium für Inneres und Sport

Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; Addendum der Arbeitsgemeinschaft Evaluation Intensivverlegung Niedersachsen (AGEIV) zur DIN 75076 „ITW“

Bek. d. MI v. 7. 11. 2012
— B22.32-41576-10-13/0 —

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses Rettungsdienst werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur DIN 75076 „ITW“ bekannt gemacht (Anlage).

— Nds. MBl. Nr. 9/2013 S. 204

Anlage

Addendum der Arbeitsgemeinschaft Evaluation Intensivverlegung Niedersachsen (AGEIV) zur DIN 75076 „ITW“

Intensivtransportwagen (ITW) im Sinne des NRettDG § 9 und der DIN 75076 sind Fahrzeuge, mit denen Intensivverlegungen durchgeführt werden. Sie gelten in Niedersachsen als ITW gemäß DIN 75076, auch wenn die geforderte medizintechnische Zusatzausstattung folgende Merkmale aufweist:

4. Anforderungen

4.1 Patiententransporteinheit

Die Patiententransporteinheit selbst sollte die Festigkeit gemäß der DIN EN 1789 für Rettungsfahrzeuge Typ C erfüllen.

Gerätehalterungen müssen die Festigkeitsnorm selbst nicht erfüllen, wenn sie ausschließlich dazu dienen, die Geräte zur Überwachung (Monitoring) und zur Therapie während der Beförderung des Patienten vom und zum Fahrzeug, nicht jedoch während der Fahrt des Fahrzeuges selbst, an der Patiententransporteinheit zu befestigen.

Werden Intensivtransportsysteme verwendet, bei denen die Geräte zur Überwachung (Monitoring) und zur Therapie integriert sind, wird eine Traglast für das Patientengewicht von 130 kg als ausreichend angesehen.

5. Medizinprodukte (Geräte)

5.3 Anforderungen an Medizinprodukte

5.3.1 Mechanische Festigkeit

Spezielle Geräte, die nicht in den Ausrüstungstabellen der DIN 75076 und der DIN EN 1789 aufgeführt sind und für die keine Festigkeitsprüfung nach DIN EN 1789 vorhanden ist, die aber aus vitaler Indikation zur Therapie eines Patienten mitgeführt werden müssen (z. B. HLM, ECMO), müssen mit geeigneten Hilfsmitteln nach den allgemeinen Richtlinien (Stand der Technik) der Ladungssicherung verlastet werden. Die gesicherten Geräte selbst müssen nicht die Anforderungen an Medizinprodukte gemäß 6.3 der DIN EN 1789 erfüllen.

5.4 Ausrüstungstabellen

Tab. 2 — Atmung

Tab. 2 — Lfd. Nr. 2 (Mobiles Beatmungsgerät) und **Lfd. Nr. 4** (Transportables Absauggerät)

Die Stückgewichte dienen lediglich als Anhaltswerte.

Tab. 3 — Diagnostik

In begründeten Fällen (z. B. nach MPG auf Gerätepool einer assoziierten Klinik eingewiesenes Personal) können Geräte zur Diagnostik, die zur Überwachung von intensivpflichtigen Patienten geeignet sind, für die aber keine Festigkeitsprüfung nach DIN EN 1789 vorhanden ist, verwendet werden, wenn die Geräte während des Transportes in einer Halterung verlastet sind, die die Festigkeitsprüfung nach DIN EN 1789 erfüllt.

Tab. 3 — Lfd. Nr. 9

Geräte, die für die Durchführung eines „Akutlabor“ geeignet sind, dürfen auch verwendet werden, wenn für sie keine Festigkeitsprüfung nach DIN EN 1789 vorhanden ist. (Anmerkung: Für im Rettungsdienst eingesetzte BZ-Meßgeräte existiert regelmäßig keine Festigkeitsprüfung nach DIN EN 1789.)

Tab. 4 — Therapie

Tab. 4 — Lfd. Nr. 5

In begründeten Fällen (z. B. nach MPG eingewiesenes Personal auf Gerätepool einer assoziierten Klinik) können volumetrische Infusionsgeräte (multikompatible Spritzenpumpe), für die aber keine Festigkeitsprüfung nach DIN EN 1789 vorhanden ist, verwendet werden, wenn die Geräte während des Transportes in einer Halterung verlastet sind, die die Festigkeitsprüfung nach DIN EN 1789 erfüllt.

B. Ministerium für Inneres und Sport**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Bewältigung von Notfallereignissen
mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken
(Großschadensereignisse)****Bek. d. MI v. 19. 11. 2014
— 36.42-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse) bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBl. Nr. 5/2015 S. 136

Anlage**Einführung**

Aufgabe des Rettungsdienstes ist die Notfallrettung — das ist die Durchführung erforderlicher medizinischer Maßnahmen am Einsatzort, um die Transportfähigkeit von Personen herzustellen und diese erforderlichenfalls in eine geeignete Behandlungseinrichtung zu befördern. Dies schließt die Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse) ein, soweit nicht der Eintritt des Katastrophenfalls festgestellt wird. Die Bewältigung eines Großschadensereignisses gehört damit zum Sicherstellungsauftrag des Rettungsdienstes (vgl. § 2 Abs. 2 NRettDG).

In dieser Empfehlung wird der Begriff „Massenanfall von Verletzten (und Erkrankten)“ — MANV — verwendet, der synonym für die Begriffe „Massenanfall“ und „Großschadensereignis“ steht.

Der für den Regelrettungsdienst berechnete Bedarf (Bedarfsplan) soll so bemessen sein, dass der Bevölkerung die medizinische Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zur Verfügung steht. Aufgrund der — i. S. der Wirtschaftlichkeit — angestrebten Auslastung des Regelrettungsdienstes verfügt dieser jedoch über begrenzte sowie regional unterschiedliche Leistungsreserven zur Bewältigung eines MANV.

Definitionen

Ein **Großschadensereignis** ist nach DIN 13050: 2008-09 definiert als „ein Ereignis mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen und/oder erheblichen Sachschäden“.

Der **Massenanfall** ist nach DIN 13050: 2008-09 definiert als ein „Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen, der mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung des Rettungsdienstes aus dem Rettungsdienstbereich nicht bewältigt werden kann“.

Eine **Schnell-Einsatz-Gruppe** (SEG) ist nach DIN 13050: 2008-09 eine „Gruppe ausgebildeter Helfer, die so ausgerüstet und ausgestattet ist, dass sie Verletzte, Erkrankte sowie andere Geschädigte oder Betroffene versorgen kann.“

Als **Patientenablage** wird nach DIN 13050: 2008-09 eine „Stelle an der Grenze des Gefahrenbereichs, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt und soweit möglich erstversorgt werden und an der sie zum Transport an einen Behandlungsplatz oder weiterführende medizinische Versorgungseinrichtung übergeben werden“ bezeichnet.

Die **Örtliche Einsatzleitung** (ÖEL) leitet die medizinische Versorgung und übernimmt die Aufgaben der Rettungsleitstelle, soweit dies zur ordnungsgemäßen Lenkung des Einsatzes erforderlich ist. Die ÖEL besteht mindestens aus einer Leitenden Notärztin oder einem Leitenden Notarzt und einer Organisatorischen Leiterin oder einem Organisatorischen Leiter (vgl. § 7 Abs. 1 NRettDG).

Praktisches Vorgehen**Grundlagen**

Für den jeweiligen Rettungsdienstbereich sind in Abstimmung mit den zuständigen Rettungsdienstträgern der Nachbargemeinden auf Basis der nachfolgenden MANV-Stufen eine

detaillierte Planung vorzunehmen und adäquate Festlegungen für die Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen (z. B. Alarm- und Ausrückordnung, MANV-Konzept) zu treffen.

MANV-Stufen

MANV-Stufen sollen nach Anzahl der maximal zu versorgenden Patientinnen und Patienten benannt werden (z. B. MANV 50 bei bis zu 50 Patientinnen oder Patienten).

Abhängig von der Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes in einem Rettungsdienstbereich kann die im Folgenden beispielhaft gewählte Abstufung regional angepasst werden (z. B. MANV 7, MANV 15, MANV 25). Die Mindestzahl von Patientinnen und Patienten für die niedrigste MANV-Stufe liegt bei 5. Dabei ist zu beachten, dass auch für die Betreuung von Betroffenen (z. B. Unverletzte, Angehörige) gesorgt werden muss.

MANV 7	MANV 15	MANV 25	MANV 50	MANV > 50
5 bis 7	bis 15	bis 25	bis 50	> 50
Patientinnen oder Patienten	Patientinnen oder Patienten	Patientinnen oder Patienten	Patientinnen oder Patienten	Patientinnen oder Patienten

Die in der entsprechenden MANV-Stufe genannte Ziffer erleichtert die Zusammenarbeit mit überörtlichen Kräften, da die Zahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten unmittelbar erkennbar ist. In einer MANV-Lage kann anhaltsweise mit folgender Verteilung der Verletzungs-/Erkrankungsschwere auf die Sichtungskategorien (SK I — IV) gerechnet werden:

- SK I Kennfarbe rot sofortige Behandlung 15 %
- SK II Kennfarbe gelb dringliche Behandlung 20 %
- SK III Kennfarbe grün nicht dringliche Behandlung 60 %
- SK IV Kennfarbe blau hoffnungslos, palliative Versorgung 5 %

Nach § 7 Abs. 4 NRettDG bereiten die Träger des Rettungsdienstes unter Beteiligung der Krankenhausträger Maßnahmen, insbesondere Notfallpläne, zur Bewältigung von Großschadensereignissen vor. Die Krankenhaus Alarm- und Einsatzpläne (KAEP) nach § 14 NKHG müssen u. a. Maßnahmen zur Ausweitung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten vorsehen.

Einsatzkräfte**Allgemeines**

Als Einsatzseinheiten sind vorgesehen:

- ÖEL (Führungskomponente),
- MANV-S (Sofort),
- MANV-T (Transport),
- MANV-PA (Patientenablage),
- MANV-BHP (Behandlungsplatz).

ÖEL (Führungskomponente)

Zur Bewältigung von MANV-Lagen ist eine Örtliche Einsatzleitung (ÖEL) als Führungskomponente erforderlich, die personell mindestens aus LNA und OrgL besteht und auf die jeweiligen örtlichen Rahmenbedingungen abzustellen ist. Hierfür gelten die Empfehlungen des Landesausschusses „Rettungsdienst“ zur Örtlichen Einsatzleitung (Bek. des MI vom 3. 11. 2010 — B21.32-41576-10-13/0). Die ÖEL ist lageabhängig der Gesamteinsatzleitung der Feuerwehr unterstellt und führt alle Einsatzkräfte des Rettungs- und Sanitätsdienstes.

Darüber hinaus müssen alle MANV-T- und MANV-PA- bzw. MANV-BHP-Einheiten personell so geführt werden, dass diese Komponenten — unter Gesamtleitung der ÖEL — eigenständig tätig werden können.

MANV-S (Sofort)

Einsatzseinheiten MANV-S werden aus dem Regelrettungsdienst benachbarter Rettungsdienstbereiche zugeführt. Die Einsatzseinheit MANV-S besteht aus einem NEF und zwei RTW und soll mindestens zwei Patientinnen oder Patienten an der Einsatzstelle behandeln können.

Die Verfügbarkeitszeit (das ist die Zeit von der Alarmierung durch die Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen an einem an einer öffentlichen Straße gelegenen Einsatzort) der MANV-S-Einheit soll 30 Minuten nicht überschreiten. Die Verfügbarkeitszeit kann unter Beachtung der regionalen Gegebenheiten von dieser Vorgabe abweichen.

MANV-T (Transport)

Die Einsatzeinheit MANV-T verfügt über Rettungsmittel zum Transport von fünf liegenden Patientinnen oder Patienten und fünf sitzenden Patientinnen oder Patienten. Im Einzelfall kann von dieser Vorgabe abgewichen werden.

Die MANV-T-Einheit soll 30 Minuten nach Alarm am Sammelplatz abmarschbereit sein.

MANV-PA (Patientenablage)

Die Einsatzeinheit MANV-PA ist personell und materiell so ausgestattet, dass 10 bis 15 Patientinnen oder Patienten (5 SK I „rot“, 3 SK II „gelb“, 7 SK III „grün“) eigenständig versorgt werden können.

Die MANV-PA-Einheit soll 30 Minuten nach Alarm am Sammelplatz abmarschbereit sein.

MANV-BHP (Behandlungsplatz)

Die Einsatzeinheit MANV-BHP ist personell und materiell so ausgestattet, dass 50 Patientinnen oder Patienten (10 SK I „rot“, 10 SK II „gelb“, 30 SK III „grün“) eigenständig versorgt werden können. Sie entspricht damit einem Behandlungsplatz zur Versorgung von 50 Patientinnen oder Patienten (BHP 50).

Die MANV-BHP-Einheit soll 30 Minuten nach Alarmierung am Sammelplatz abmarschbereit und 30 Minuten nach Eintreffen an einem an einer öffentlichen Straße gelegenen Einsatzort arbeitsfähig sein. Daraus folgt, dass eine MANV-BHP-

Einheit nur dann anzufordern ist, wenn die Patientinnen oder Patienten voraussichtlich nicht innerhalb von etwa 90 Minuten den Kliniken zugewiesen werden können.

Die MANV-BHP-Einheit wird bei der Kostenaufstellung nicht berücksichtigt, da diese im Hinblick auf die Vorhaltung und den möglichen Einsatz (MANV-BHP-50-Einheiten landesweit verteilt) aus Mitteln des Katastrophenschutzes zu finanzieren ist.

Personelle sowie materielle Ausstattung der MANV-Komponenten

Die personelle sowie materielle Zusammensetzung der MANV-Komponenten zeigt beispielhaft die *Anlage*. Zur Sicherstellung der jederzeitigen Verfügbarkeit ist analog zum Niedersächsischen Brandschutzgesetz (NBrandSchG) bzw. der Feuerwehrverordnung (FwVO) eine Personalreserve von mindestens 100 Prozent anzusetzen.

Weitere Einsatzkräfte

Darüber hinaus können im Einzelfall folgende Einsatzkräfte erforderlich sein:

- Einsatzmodul Ärzte (z. B. Ärztliche Unterstützungsgruppe – AUG),
- Einsatzmodul Betreuung (für unverletzte Betroffene oder Angehörige),
- Einsatzmodul PSNV (zur strukturierten psychosozialen Notfallversorgung).

Vorhaltung

Die Vorhaltung von MANV-Kräften (MANV-S/-T/-PA-Einheiten) wird auf Basis der Rettungsmittelvorhaltestunden und der Einwohnerzahl des Rettungsdienstbereiches ermittelt.

Die Vorhaltung wird davon abhängig gemacht, wie viel Prozent aller Rettungsmittelvorhaltestunden in Niedersachsen auf den jeweiligen Rettungsdienstbereich entfallen bzw. wie viel Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens in dem Rettungsdienstbereich leben. Für die anteiligen Vorhaltestunden bzw. Einwohnerzahlen werden insgesamt fünf Cluster definiert. Die Zuweisung zu einem Cluster erfolgt abhängig davon, welcher Grenzwert (Vorhaltestunden oder Einwohnerzahl) zuerst erreicht wird. Das Versorgungsziel gibt die Zahl der potenziell zu versorgenden Verletzten/Patientinnen oder Patienten vor.

Cluster	Anteil in %	Vorhaltestunden	Einwohnerzahl	Versorgungsziel Patientinnen oder Patienten	Vorhaltung
I	bis 2,00	< 97 500	< 157 720	25	1 x MANV-S, 1 x -T, 1 x -PA*)
II	2,01 bis 2,50	97 501 bis 130 000	157 721 bis 197 151	40	1 x MANV-S, 2 x -T, 1 x -PA
III	2,51 bis 3,50	130 001 bis 162 500	197 152 bis 276 601	60	2 x MANV-S, 2 x -T, 2 x -PA
IV	3,51 bis 5,00	162 501 bis 190 000	276 602 bis 394 302	80	2 x MANV-S, 3 x -T, 2 x -PA
V	über 5,00	> 190 000	> 394 303	100	3 x MANV-S, 4 x -T, 3 x -PA

*) Alternativ 1 x MANV-S und 2 x MANV-T, sofern PA aus benachbartem Rettungsdienstbereich verfügbar.

Bei besonderer Gefährdungsbeurteilung kann eine darüber hinausgehende erweiterte Vorhaltung notwendig sein. Es ist jedoch festzuhalten, dass bei MANV-Lagen — unabhängig von der eigenen Vorhaltung — eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit erforderlich ist (§ 4 Abs. 2 NRettDG).

Die Clusterung sowie die empfohlene Vorhaltung sind auf Basis der von den Trägern des Rettungsdienstes gemeldeten Daten erfolgt und gelten bis zum 31. 12. 2019. Die Zuordnung der einzelnen Rettungsdienstbereiche erfolgt in den Richtlinien für die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten.

Risikoanalyse

Auch besteht für den Rettungsdienstträger die Möglichkeit, eine detaillierte Planung zur Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen auf Basis einer Risikoanalyse aufzustellen. Diese Planung beinhaltet eine Gefahrenanalyse (Bewertung der Infrastruktur im Zuständigkeitsbereich sowie Darstellung der Objekte mit erhöhtem Gefährdungspotenzial), die Festlegung von Schutzziele, die Ermittlung sowie Darstellung der Ist-Struktur sowie die zukünftige Struktur der Vorhaltung von personellen sowie materiellen Ressourcen zur Bewältigung eines solchen Ereignisses.

Finanzierung

Die Finanzierung ist in der Richtlinie für die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten geregelt.

Beispiele einer möglichen Gliederung von Einheiten zur Bewältigung eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses.

Örtliche Einsatzleitung (ÖEL)

 ELW 1	      LNA OrgL Kf* Me* SpFu* DokuH* * Sofern einsatzbedingt erforderlich.
--	--

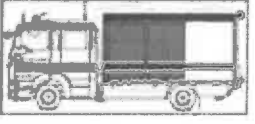
MANV-S (Sofort)

 NEF	  NA RA/NotSan (FÜK)
 RTW	  RA/NotSan RS
 RTW	  RA/NotSan RS

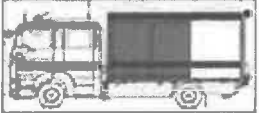
MANV-T (Transport)

		
RTW oder KTW	RS	RH
		
RTW oder KTW	RS	RH
		
RTW oder KTW	RS	RH
		
RTW oder KTW	RS	RH
		
RTW oder KTW	RS	RH

MANV-PA (Patientenablage)

								
MTW	NA (PA)	RA/ (FüK PA) NotSan	SanH (Kf)	RA/ NotSan	RA/ NotSan	RS	RS	RH
								
MTW	NA	GF (FüK/EA)	SanH (Kf)	RA/ NotSan	RA/ NotSan	RS	RS	RH
								
GW-San mit Gerätesatz oder AB Rett	NA	GF (FüK/EA)	SanH (Kf)	RS	RS	SanH		

MANV-BHP (Behandlungsplatz 50)

											
MTW	NA (BHP)	ZF	RA/ (FÜK BHP) NotSan	SanH (Kf)	SanH						
											
MTW	NA	GF (FÜK/EA)	SanH (Kf)	RA/ NotSan	RA/ NotSan	RS NotSan	RS	H	H		
											
MTW	NA	GF (FÜK/EA)	SanH (Kf)	RA/ NotSan	RA/ NotSan	RS	RS	H	H		
											
MTW	NA	GF (FÜK/EA)	SanH (Kf)	RA/ NotSan	RA/ NotSan	RS	RS	H	H		
											
MTW	NA	GF (FÜK/EA)	SanH (Kf)	RA/ NotSan	RA/ NotSan	RS	RS	H	H		
											
GW-San mit Gerätesatz oder AB Rett	NA	RS	SanH (Kf)	RS	RS	SanH					
											
GW-Medizin	RS	SanH (Kf)	H	H							
											
GW-Technik, inklusive 5 Sanitätszelte	RS	SanH (Kf)	H	H							

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Strukturpapier zur Bedarfsplanung,
deren Umsetzung und Analyse im Rettungsdienst**

**Bek. d. MI v. 6. 7. 2016
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird das vom Landesausschuss „Rettungsdienst“ am 6. 11. 2013 beschlossene Strukturpapier zur Bedarfsplanung, deren Umsetzung und Analyse im Rettungsdienst bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBl. Nr. 26/2016 S. 701

Anlage

**Strukturpapier zur Bedarfsplanung,
deren Umsetzung und Analyse im Rettungsdienst**

Inhalt

1. Vorwort
2. Einsatzsysteme
3. Veränderung der RM-Vorhaltung
4. Umsetzung der „Nächste-Fahrzeug-Strategie“

1. Vorwort

Gemäß § 13 Abs. 2 des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes (NRettDG) berät der Landesausschuss „Rettungsdienst“ die Träger des Rettungsdienstes und die Beauftragten und befasst sich mit Grundfragen des Rettungsdienstes und seiner Fortentwicklung, insbesondere mit Qualitätsstandards für die Notfallrettung und Qualitätsmanagement im Rettungsdienst.

Basis für die Qualität im Rettungsdienst ist die sachgerechte Bedarfsplanung. Diese ist regelmäßig auf ihre andauernde Richtigkeit zu überprüfen und ggf. fortzuschreiben. Um allen am Rettungsdienst Beteiligten ein Strukturpapier zur Bedarfsplanung, deren Umsetzung und Analyse zur Verfügung zu stellen, hat der Landesausschuss die Arbeitsgruppe „Bedarfsplanung“ eingerichtet und entsprechend beauftragt. Unter Beteiligung mehrerer sachverständiger Personen wurden die folgenden Empfehlungen erarbeitet, durch den Landesausschuss „Rettungsdienst“ beschlossen und im Nds. Min.-Blatt veröffentlicht.

Diese Empfehlungen unterliegen einer ständigen Dynamik, so dass eine vollständige und gleichzeitig abschließende Veröffentlichung nicht möglich ist. Vielmehr wird sich der Landesausschuss mit der ständigen Weiterentwicklung dieser Empfehlungen befassen und wegen der dynamischen Entwicklung im Rettungsdienst die jeweils bearbeiteten Themen zeitnah veröffentlichen.

2. Einsatzsysteme

Regelhaft sind für die Notfallrettung Rettungswagen (RTW) und Notarzteinsetzfahrzeuge (NEF) einzusetzen, für den qualifizierten Krankentransport Krankentransportwagen (KTW).

Einsatztaktische und/oder wirtschaftliche Überlegungen können dazu führen, dass von der Grundsystematik abgewichen werden muss und auf einzelnen Rettungswagen oder in Rettungsdienstbereichen RTW im Rahmen einer MZF-Strategie für den qualifizierten Krankentransport eingesetzt werden.

Zur Beurteilung dieser Frage sind umfangreiche Überlegungen anzustellen:

— RTW-KTW-System

Ein RTW gilt dann als einsatztaktisch ausgelastet und kann nicht für den qualifizierten Krankentransport eingesetzt werden, wenn die weitere Erhöhung der Einsatzzahl die Wahrscheinlichkeit des Duplizitätsfalles so erhöht, dass ein weiteres für die Notfallrettung geeignetes Rettungsmittel (RM) planerisch vorzusehen ist.

Ein RTW kann als wirtschaftlich ausgelastet angesehen werden, wenn zwar die einsatztaktische Auslastung nicht erreicht wird, sein Einsatz in einer MZF-Strategie aber keine wirtschaftlichen Vorteile erbringt.

Sind die RTW ausgelastet, müssen zur Durchführung des qualifizierten Krankentransports KTW zugeordnet werden.

— MZF-Strategie

In der Praxis gibt es viele Fälle, in denen an einem planerisch erforderlichen Wachenstandort oder zum Erhalt eines definierten Sicherheitsniveaus die Auslastung der oder des

vorhandene RTW nicht erreichbar ist. Man benötigt also zur Einhaltung der Hilfsfrist oder des Sicherheitsniveaus mehr RTW als wirtschaftlich ausgelastet werden können. In diesen Fällen ist es sinnvoll, auf den betroffenen Wachen eine MZF-Strategie anzuwenden. Das bedeutet, dass RTW dann auch für den qualifizierten Krankentransport eingesetzt werden können. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass das festgelegte Sicherheitsniveau nicht unterschritten werden darf, freies Potenzial der Rettungsmittel jedoch optimal genutzt wird. Die Situation kann auch an einzelnen Wochentagen und tageszeitlich unterschiedlich sein. Die Einbeziehung von RTW in den qualifizierten Krankentransport durch die Rettungsleitstelle darf daher nur zu vorher definierten Fällen und ggf. Zeiten erfolgen. Dazu sollte möglichst ein Zuteilungsschema für die Leitstelle erstellt werden.

Die für den Krankentransport eingesetzten RTW sollen vornehmlich für kurz dauernde Krankentransportfahrten genutzt werden.

Eine „Anfahrt-Abbruch-Strategie“ ist bei Vorliegen der technischen Möglichkeiten anzuwenden, wenn ein Notfallrettungsmittel zum qualifizierten Krankentransport fährt, aber für eine Notfallrettung gebraucht wird.

Bei der Bedarfsplanung ist zu prüfen, ob durch die Anwendung der MZF-Strategie die Vorhaltung von KTW reduziert werden kann.

Durch die Anwendung der MZF-Strategie darf sich die Anzahl der RTW nicht erhöhen.

Weiter ist zu bedenken, dass die Durchführung von „Fernfahrten“ im qualifizierten Krankentransport im Rahmen der MZF-Strategie nicht sinnvoll ist. Durch die längeren Einsatzzeiten erhöht sich die Duplizitätswahrscheinlichkeit und damit die Zahl der planerisch erforderlichen RTW.

3. Veränderung der RM-Vorhaltung

Vor einer Veränderung der RM-Vorhaltung sind vorrangig die Duplizitätsfälle bei einem festgelegten Sicherheitsniveau zu analysieren und zu dokumentieren. Weiterhin ist eine Analyse der Fahrzeugauslastung im Bereich der Krankentransporte vorzunehmen.

Bei der Ausweitung der RM-Vorhaltung aufgrund von Steigerungen der Einsatzzahlen sind regelmäßig alle nachstehenden Fälle durchzurechnen:

- a) Wird festgestellt, dass ein Bereich eines RDB nicht in der vorgegebenen Eintreffzeit erreicht werden kann und dies nicht aus einer höheren Auslastung der Notfall-RM, also der Zunahme von Duplizitätsfällen, resultiert, dann ist von einem früheren Planungsfehler auszugehen und der betroffene RDB ist vollständig zu überplanen.

Besondere Berücksichtigung findet hierbei § 2 Abs. 4 Bedarf-VO, wonach gilt: Können Teile eines Rettungsdienstbereichs durch einen benachbarten Träger des Rettungsdienstes schneller versorgt werden, ist dies bei der Planung zu berücksichtigen. Hierzu sind die Bedarfspläne benachbarter Träger des Rettungsdienstes aufeinander abzustimmen.

- b) Wird eine Ausweitung der RM-Vorhaltung aufgrund der ausschließlichen Zunahme von Einsätzen der Notfallrettung erforderlich, so ist der Bedarf an einer zusätzlichen RTW-Kapazität gegeben.
- c) Wird eine Ausweitung der RM-Vorhaltung aufgrund der ausschließlichen Zunahme von Einsätzen des qualifizierten Krankentransports erforderlich, so ist in aller Regel von dem Bedarf an einer zusätzlichen KTW-Kapazität auszugehen.
- d) Im Rahmen der Optimierung ist zu prüfen, ob bei Nichtauslastung der RTW die Einführung, Ausweitung oder Reduzierung der MZF-Strategie erforderlich ist.

Es kann aber ebenso sinnvoll sein, einen im Rahmen der MZF-Strategie eingesetzten RTW mit einem KTW zu ergänzen. Dadurch wird dieser RTW von qualifizierten Krankentransport-Einsätzen entlastet, sodass Kapazitäten zur Abdeckung der zugenommenen Zahl an Notfalleinsätzen geschaffen werden.

In der Praxis ergibt sich die Notwendigkeit der Ausweitung der RM-Vorhaltung häufig jedoch aus einer gleichzeitigen Zunahme der Einsätze sowohl in der Notfallrettung als auch im qualifizierten Krankentransport, wobei die Veränderungsraten in den Einsatzarten unterschiedlich sein können. In diesen Fällen sind die möglichen Optionen durchzurechnen.

4. Umsetzung der Nächste-Fahrzeug-Strategie

Bei der Aufstellung bzw. Veränderung eines Bedarfsplanes muss grundsätzlich geprüft werden, wie eine schnellstmögliche Versorgung unter Einbeziehung der örtlichen Gegebenheiten umgesetzt werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, ob ein benachbarter Träger des Rettungsdienstes den Notfall schneller versorgen kann (§ 2 Abs. 4 Bedarf-VO).

Größere Leitstellenbereiche, virtuelle Zusammenschlüsse von Leitstellen und technische Möglichkeiten wie die GPS-Positionsbestimmung von Rettungsmitteln ermöglichen heute vielfach das Erkennen und Einsetzen des nächstgelegenen Rettungsmittels.

Zur Umsetzung der „Nächste-Fahrzeug-Strategie“ sind die folgenden Punkte zu beachten:

- a) Bei Standortveränderungen von Rettungswachen sind die Standorte der Rettungswachen der benachbarten Träger und deren Einsatzbereiche zu berücksichtigen und mit diesen abzustimmen.
- b) Standardmäßig ist im Bedarfsplan darzustellen, aus welcher Wache die schnellstmögliche Versorgung erfolgen kann. Dabei sind die Standorte der Rettungswachen der benachbarten Träger und deren Einsatzbereiche zu berücksichtigen und mit diesen abzustimmen. Verlängerte Dispo-

sitionszeiten durch die Weitergabe des Einsatzfalles von Leitstelle zu Leitstelle sind zu berücksichtigen.

Die Darstellung kann auch in grafischer Form über Eintreffisochronen erfolgen.

- c) Die planerischen Ergebnisse sind durch eine sachgerechte und konsequente Anwendung einer rettungsdienstbereichsübergreifenden Nächste-Fahrzeug-Strategie und damit einer schnellstmöglichen Erreichung und Versorgung des Patienten umzusetzen.

Kommt es zur Vereinbarung der Mitversorgung von Teilen benachbarter Rettungsdienstbereiche, können sich in einsatztaktischer Hinsicht Auswirkungen auf die Transporte ergeben. So kann es u. U. notwendig sein, Transporte an Zielorte, z. B. Krankenhäuser, durchzuführen, die nächstgelegenen zum Einsatzbereich des Rettungsmittels, jedoch außerhalb des Ursprungslandkreises, liegen.

Kommt es durch die bereichsübergreifende Versorgung und den vermehrten Einsatz grenznaher Rettungsmittel in einem benachbarten Rettungsdienstbereich zu Veränderungen in der Auslastung und Verfügbarkeit von Rettungsmitteln, so ist die Vorhaltung in beiden Rettungsdienstbereichen kontinuierlich zu prüfen und ggf. anzupassen.

B. Ministerium für Inneres und Sport**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Indikationskatalog für den Notarzteinsatz****Bek. d. MI v. 5. 8. 2016**
— 35.22-41576-10-13/0 —

Bezug: Bek. v. 6. 1. 2010 (Nds. MBl. S. 232)

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zum Indikationskatalog für den Notarzteinsatz 2016 im Rettungsdienst bekannt gemacht (**Anlage**).

Die Bezugsbekanntmachung wird mit Wirkung vom 4. 8. 2016 aufgehoben.

— Nds. MBl. Nr. 39/2016 S. 988

Anlage**Indikationskatalog für den Notarzteinsatz (2016)**
Empfehlungen des Landesausschusses
„Rettungsdienst“ Niedersachsen**Vorbemerkungen**

Die flächendeckend in Niedersachsen erfolgte Implementierung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) und die Schaffung des Berufsbildes „Notfallsanitäterin und Notfallsanitäter (NotSan)“ mit einer deutlich umfassenderen Ausbildung und vom Gesetzgeber intendierten erweiterten Kompetenzen machen eine Anpassung des am 6. 1. 2010 vom Landesausschuss „Rettungsdienst“ veröffentlichten Indikationskataloges für den Notarzteinsatz an die aktuellen Rahmenbedingungen erforderlich.

Die bisher übliche detaillierte Darstellung der Indikationen für einen Notarzteinsatz in drei Kategorien (symptom-, ereignis- und diagnosebezogen) wurde zu Gunsten einer deutlichen Bezugnahme auf die durch die strukturierte und standardisierte Notrufabfrage in der Leitstelle erfassten Vitalfunktionsstörungen (entsprechend dem in der Notfallmedizin bewährten A-B-C-D-E-Schema) geändert. Nur wichtige Diagnosen und Ereignisse, die sehr häufig mit einer Gefährdung vitaler Funktionen verbunden sind, werden noch beispielhaft aufgeführt.

Die erweiterten Kompetenzen des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals machen für bestimmte Erkrankungen und Verletzungen in der Regel nicht mehr die primäre Disposition eines Notarztes notwendig. Diese werden nun explizit benannt. Voraussetzung für dieses Vorgehen ist, dass durch die ÄLRD über Formulierung von Standardvorgaben („SOP“), Schulung und regelmäßige Überprüfung der Kenntnisse und Fertigkeiten die lokalen Voraussetzungen zur Umsetzung geschaffen werden. Die Anforderung oder Nachforderung eines Notarztes durch Ärzte oder medizinische Fachpersonen am Notfallort sind dabei zu beachten. Im begründeten Einzelfall ist ein abweichendes Verfahren von diesen Vorgaben jederzeit möglich.

Ereignis- und vitalfunktionsbezogene Indikationsstellung

Eine Notarztindikation liegt vor, wenn aufgrund der strukturierten und standardisierten Notrufabfrage schon bei der Eröffnung des Notrufdialogs nach Abfrage des Notfallortes und Klärung des Telefonkontaktes zum Anrufer ein Ereignis geschildert wird, das in der Regel spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten eines Notarztes erfordert, häufig mit einer Gefährdung vitaler Funktionen verbunden ist oder wenn im Verlauf der weiteren Abfrage nach dem A-B-C-D-E-Schema deutlich wird, dass eine Vitalfunktion deutlich gestört oder ausgefallen ist.

Ereignisse

- ☐ Verkehrsunfall mit mehreren Verletzten, wenn mit schwerverletzten Personen gerechnet werden muss
- ☐ Ereignis mit Einwirkung hoher kinetischer, mechanischer, thermischer oder elektrischer Energie (Hochrasanztrauma, Sturz aus großer Höhe [> 3 m], Explosion, Verpuffung, Verbrennungstrauma [> 20 % der KÖF II°, Inhalationstrauma], Starkstromeinwirkung), eingeklemmte Personen
- ☐ Hieb-, Stich-, Schussverletzungen im Rumpf-, Hals-Kopf-bereich

- ☐ Ertrinken- und Beinaheertrinken
- ☐ Vergiftungen (parenteral, enteral, inhalatorisch) mit vitaler (A-B-C-D-E-Problem) Gefährdung
- ☐ Einsetzende oder stattgefunden Geburten
- ☐ Manifeste oder drohende Gefährdung von Menschenleben (Geiselnahme, Amoklage, Bombendrohung usw.)

Störung vitaler Funktionen (Leitsymptome beachten!)

- A Atemwegsverlegung**
(Leitsymptome: Dyspnoe, Zyanose, Atemnebengeräusche, Tachypnoe)
 - ☐ Atemwegsobstruktion extrathorakal (ggf. inspiratorischer Stridor), Schleimhautschwellung im Rachen-Kehlkopf-bereich allergischer o. infektiöser Genese, Fremdkörper (Bolos), Aspiration, Inhalationstrauma
 - ☐ Atemwegsobstruktion intrathorakal (expiratorische Atemnebengeräusche) Asthmaanfall, akut exazerbierte COPD, Linksherzinsuffizienz/Lungenödem (obstruktive Symptomatik), kindliche Infekte der unteren Atemwege, bronchiale Fremdkörper, Aspiration
- B Störungen der Atmung**
(Leitsymptome: Dyspnoe, Zyanose, Tachypnoe)
 - ☐ Schnappatmung und Atemstillstand
 - ☐ Lungenödem
 - ☐ Lungenembolie
- C Störungen der Herz-Kreislauffunktion**
(Leitsymptome: Blässe, vegetative Symptome, Tachypnoe, quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen, Thoraxschmerz)
 - ☐ Kreislaufstillstand
 - ☐ Kreislaufinstabilität mit Bewusstseinsstörungen
 - ☐ Schock
 - ☐ „Kardialer Thoraxschmerz“ (akutes Koronarsyndrom incl. instabile Angina pectoris)
 - ☐ Herzrhythmusstörungen mit pektanginöser u./o. cerebraler Symptomatik
 - ☐ Hypertensiver Notfall mit Zeichen einer Organkomplikation (kardial, cerebral)
 - ☐ Symptomatische Fehlfunktionen implantierter Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Störungen zentralnervöser Funktionen

- ☐ quantitative Bewusstseinsstörung (keine Reaktion auf Ansprache u. Rütteln)
- ☐ anhaltender oder wiederholter, generalisierter cerebraler Krampfanfall
- ☐ akut aufgetretenes neurologisches Defizit mit A- u./o., B- u./o. C-Problem

Zustände und Symptome ohne primär notwendige Notarztdisposition

- ☐ Spontan beendeter cerebraler Krampfanfall ohne sonstige Vitalfunktionsstörungen im weiteren Verlauf (Abgrenzung zum passageren hypoxischen Krampfgeschehen bei Kreislaufstillstand durch Abwarten der Aufklärung erforderlich!)
- ☐ Nur kurzdauernder Bewusstseinsverlust mit schneller Reorientierung (Synkope)
- ☐ Hypoglykämie mit Bewusstseinsverlust bei bekanntem und behandeltem Diabetes mellitus
- ☐ Somnolenz (Reaktion auf Schmerzreiz) bei isolierter Alkoholintoxikation
- ☐ Hypertone Krise (z. T. stark erhöhte Blutdruckwerte ohne Organkomplikationen)
- ☐ Schmerzzustand ohne begleitende Vitalgefährdung (bei Vorliegen eines entsprechenden Schmerzkonzepes im RD-Bereich)

Anlage**Positionspapier des Landesausschusses „Rettungsdienst“
zur Bearbeitung von medizinischen Hilfeersuchen der Bevölkerung****1. Vorbemerkung**

Dieses Positionspapier dient dem Ziel, medizinische Hilfeersuchen aus der Bevölkerung sachgerecht entgegenzunehmen und sie der adäquaten Versorgung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Rettungsdienst zuzuführen.

2. Grundlagen**2.1 Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben gem. SGB V § 75 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung – „... die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. (...). Der Sicherstellungsauftrag (...) umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), ...“.

Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst dient der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Öffnungszeiten der Vertragspraxen. Wenn es sich um eine Erkrankung handelt, mit der eine Patientin bzw. ein Patient normalerweise eine/einen niedergelassene/niedergelassenen Ärztin/Arzt in der Praxis aufsuchen würde, aber die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht bis zum nächsten Tag warten kann, ist der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig.

2.2 Rettungsdienst

Der Rettungsdienst hat gem. § 2 (1) NRettDG die Aufgabe, „... bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten und bei Personen, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Versorgung erhalten, die erforderlichen medizinischen Maßnahmen am Einsatzort durchzuführen, die Transportfähigkeit herzustellen und sie erforderlichenfalls unter fachgerechter Betreuung mit dafür ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung zu befördern (Notfallrettung)“.

- Grundsätzlich soll der an einer öffentlichen Straße gelegene Einsatzort bei einer Notfallrettung durch ein geeignetes Rettungsmittel spätestens 15 Minuten nach der Einsatzentscheidung der zuständigen Rettungsleitstelle erreicht werden.
- Für den Einsatz des Notarztes gilt grundsätzlich ein Indikationskatalog gem. Empfehlung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ (LARD) vom 5. 8. 2016 (Nds. MBL S. 988).

3. Annahme und Bearbeitung von medizinischen Hilfeersuchen

- Für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst soll die bundesweit einheitliche Telefonnummer (116117) genutzt werden.
- Zur Erhöhung der Zugriffssicherheit sollen medizinische Hilfeersuchen grundsätzlich in der zuständigen Rettungsleitstelle entgegengenommen werden.
 - Wo dies nicht der Fall ist, muss die verzugslose und direkte Weiterleitung des medizinischen Hilfeersuchens zwischen einer qualifizierten Annahmestelle und der Rettungsleitstelle (und umgekehrt) gewährleistet sein.
- Die Zuordnung des medizinischen Hilfeersuchens soll anhand eines standardisierten und strukturierten Abfrageschemas erfolgen.
- Die Versorgung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst soll in einer Notdienstpraxis (Sitzdienst) sowie vor Ort (Fahrdienst) erfolgen.
 - Für den Fahrdienst sind eindeutige Regelungen zur Sicherstellung einer zeit- und sachgerechten Versorgung zu treffen.
- Einem zeitkritischen Hilfeersuchen an den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst soll grundsätzlich innerhalb von 120 Minuten entsprochen werden.

4. Zusammenarbeit

- Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) und die Rettungsdienststräger sind zur vertrauensvollen Zusammenarbeit verpflichtet.
- Mindestens halbjährlich soll ein Abstimmungsgespräch auf regionaler Ebene erfolgen.

B. Ministerium für Inneres und Sport

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Positionspapier des Landesausschusses „Rettungsdienst“
zur Bearbeitung von medizinischen Hilfeersuchen
der Bevölkerung**

Bek. d. MI v. 5. 8. 2016 — 35.22-41576-10-13/0 —

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird das vom Landesausschuss beschlossene Positionspapier zur Bearbeitung von medizinischen Hilfeersuchen der Bevölkerung bekannt gemacht (Anlage).

— Nds. MBL Nr. 42/2016 S. 1060

- Die notwendigen finanziellen Regelungen zwischen der KVN und den Rettungsdienstträgern sind unter Beachtung einer bedarfsgerechten Versorgung sowie wirtschaftlicher Belange zu treffen. Etwaige Zusatzkosten sind keine Kosten des Rettungsdienstes.

Eine Musterinformation „Wer hilft wann?“ kann auf der nachfolgend aufgeführten Homepage des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport abgerufen werden:
http://www.mi.niedersachsen.de/themen/innere_sicherheit/rettungsdienste/landesausschuss-rettungsdienst-94255.html.

B. Ministerium für Inneres und Sport

Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; Rettungsdienstliche Bewältigung von Amok- bzw. Terrorlagen

Bek. d. MI v. 28. 2. 2017 — 35.22-41576-10-13/0 —

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur rettungsdienstlichen Bewältigung von Amok- bzw. Terrorlagen bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBl. Nr. 10/2017 S. 254

Anlage

1. Vorbemerkung

Diese Empfehlungen dienen dazu, die rettungsdienstliche Bewältigung von Amok- bzw. Terrorlagen zu unterstützen. Erfahrungen haben gezeigt, dass bei solchen Lagen mit vielen verletzten Personen und besonderen Verletzungsarten gerechnet werden muss. Darüber hinaus ist die zu erwartende Anzahl seelisch traumatisierter Personen, für die eine entsprechende Betreuung zu erfolgen hat, hoch.

Aufgrund der besonderen Gefährdungslage bei einem derartigen Ereignis ist es notwendig, Einsatzkonzepte der Polizei, des Rettungsdienstes sowie der Feuerwehr abzustimmen, um eine Gefährdung für die vor Ort befindlichen Einsatzkräfte zu vermeiden sowie eine reibungslose Zusammenarbeit zu gewährleisten. Dazu sind spezielle einsatztaktische Kompetenzen der rettungsdienstlichen Führungskräfte (Örtliche Einsatzleitung Rettungsdienst) notwendig. Vorbereitend sind auf lokaler Ebene zwischen der Polizei, den Behörden und Organisationen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr sowie den Krankenhäusern verbindliche Absprachen mit gegenseitiger Benennung von Ansprechpartnern und Verbindungspersonen für den Einsatzfall zu treffen.

2. Allgemeines

Eine Amoklage liegt vor, wenn eine Tatverdächtige oder ein Tatverdächtiger oder seltener mehrere Tatverdächtige scheinbar wahllos, insbesondere mittels Waffen, Sprengmitteln, ge-

fährlichen Werkzeugen oder außergewöhnlicher Gewaltanwendung eine in der Regel zunächst nicht bestimmte Anzahl von Personen verletzt oder getötet hat bzw. dies zu erwarten ist und sie oder er auf weitere Personen einwirken kann. Dabei wird zwischen einer stationären (z. B. innerhalb eines Schulgebäudes) und einer mobilen Amoklage (die oder der Tatverdächtige bewegt sich von einem Ort zum anderen) unterschieden.

Bei Terrorlagen stehen bislang detailliert und zentral vorbereitete Anschläge meist mehrerer Terroristen an einem Ort im Vordergrund. Auch ist mit mehreren gleichzeitig oder in näherem zeitlichen Zusammenhang erfolgenden Anschlägen an verschiedenen Orten zu rechnen.

Die telefonische Androhung eines Amok- bzw. Terroranschlags oder ein Verdacht ist keine Einsatzlage im Sinne dieser Definition.

3. Alarmierung und Bereitstellungsraum

Bei der Einsatzmeldung „Amok- bzw. Terrorlage“ durch die jeweilige Lage- und Führungszentrale der Polizei alarmiert die zuständige Leitstelle nach dem Stichwort „Amok- bzw. Terrorlage“ die in der Alarm- und Ausrückordnung (AAO) vorgesehenen Kräfte. Dabei sind die Empfehlungen des Landesausschusses Rettungsdienst zur Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse) (Bek. d. MI v. 19. 11. 2014 – 36.42-41576-10-13/0 – , Nds. MBl. Nr. 5/2015, S. 136) zu beachten.

Ein initial sicherer Bereitstellungsraum ist vor der Alarmierung der Einsatzkräfte in Absprache mit der Polizei festzulegen. Hierbei ist zu beachten, dass der Bereitstellungsraum groß genug ist und sich außerhalb des durch die Polizei festzulegenden Gefahrenbereichs befindet. Bei mobilen Lagen kann es notwendig sein, zunächst in den jeweiligen Rettungswachen bzw. Feuerwehrhäusern in Bereitstellung zu gehen. Auch die sektorale Bereitstellung von einzelnen Rettungsmitteln in definiertem Abstand zum Gefahrenbereich als alternatives/ergänzendes Prinzip bei einem Anschlag oder weiteren Anschlägen („Second Hit“) an verschiedenen Orten (ggf. auf Rettungskräfte und Rettungsmittel) kann eine Option sein (siehe Abb. 1).

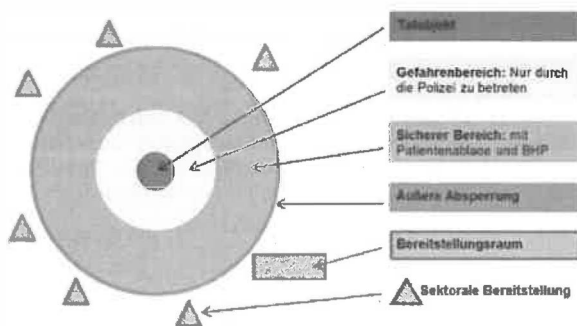


Abb. 1: Mögliche Raumordnung bei Amok- bzw. Terrorlagen

4. Einsatzgrundsätze

Bei Amok- bzw. Terrorlagen sind nachfolgende Einsatzgrundsätze zu beachten:

- Die alarmierten Einsatzkräfte fahren ausschließlich den zuvor festgelegten und benannten Bereitstellungsraum bzw. die Bereitstellungsorte nach dem Prinzip der sektoralen Bereitstellung an, verbleiben dort und halten Funkverbindung mit der zuständigen Leitstelle.
- Der Gefahrenbereich, der sichere Bereich und der Bereich des Patientenübergabepunktes werden von der Polizei festgelegt.
- Der sichere Bereich darf durch Einsatzkräfte des Rettungsdienstes und der Feuerwehr nur nach vorheriger Genehmigung durch die Einsatzleitung betreten werden. Diese wiederum erhält die Freigabe ausschließlich von der Polizeiführung.
- Es erfolgt keine rettungsdienstliche Patientenversorgung im Gefahrenbereich.
- Neben dem rettungsdienstlichen Einsatz ist eine psychosoziale Notfallversorgung sicherzustellen.
- Hinsichtlich der Eigensicherung des Einsatzpersonals wird auf die unter Federführung des Bundesamtes für Bevölkerungs-

ungsschutz und Katastrophenhilfe herausgegebenen Handlungsempfehlungen zur Eigensicherung für Einsatzkräfte der Katastrophenschutz- und Hilfsorganisationen bei einem Einsatz nach einem Anschlag (HEIKAT) verwiesen.

5. Patientenversorgung

Bei Amok- bzw. Terrorlagen können Einsatzkräfte mit unterschiedlichen Verletzungs- bzw. Krankheitsbildern konfrontiert werden. Dabei hat sich gezeigt, dass am häufigsten Explosions- und Schussverletzungen zu erwarten sind, bei deren Behandlung dem Zeitfaktor ein besonders hoher Stellenwert zukommt. Die schnellstmögliche Verbringung der lebensbedrohlich Verletzten aus dem Gefahrenbereich, Übergabe in der sicheren Zone an den Rettungsdienst mit dortiger umgehender Versorgung („Damage Control“) und zeitnahe Transport zur klinischen Weiterbehandlung sind entscheidend.

Mit folgenden Verletzungsmustern ist insbesondere zu rechnen:

- Amputationsverletzungen,
- offene und geschlossene Perforationsverletzungen der großen Körperhöhlen,
- offene und geschlossene, auch großflächige Weichteilverletzungen,
- offene und geschlossene Frakturen,
- starke Blutungen, auch großflächig oder nicht komprimierbar (z. B. an großen Gelenken),
- Verbrennungen,
- Barotrauma der Lunge,
- mit den Verletzungen einhergehende Schmerzzustände und/oder Volumenmangelschockzustände.

Zur schnellen und sachgerechten rettungsdienstlichen Versorgung solcher Verletzungen sind daher nachfolgende Maßnahmen vorrangig, für die entsprechende medizinisch-technische Ausrüstungen und Medizinprodukte auf den Rettungsmitteln verfügbar sein sollen.

Da die besonderen Schädigungsmechanismen und Therapieprinzipien im rettungsdienstlichen Alltagsgeschehen nur selten vorkommen, erfordern die Einschätzung der Einsatzsituation und Anwendung gerade der speziellen Maßnahmen der Blutstillung besondere theoretische und praktische Kenntnisse und Fertigkeiten, die von der Anwenderin oder dem Anwender in Fortbildungen nach den Vorgaben des jeweils zuständigen Ärztlichen Leiters Rettungsdienst erworben werden müssen.

5.1 Stillen lebensbedrohlicher Blutungen

Entsprechend dem eskalierenden Vorgehen bei der Behandlung von starken Extremitätenblutungen stehen Lagerung, Abdrücken und Anlage von Druckverbänden im Vordergrund. Ist dieses ineffektiv oder bei lebensbedrohlichen und/oder schlecht zugänglichen Blutungen nicht erfolgversprechend, kommen Tourniquets zum Einsatz. Zeitpunkt und Ort der Anlage müssen am Patienten dokumentiert werden. Für die Auswahl der Medizinprodukte wird auf die Empfehlung der medizinischen Fachgesellschaften verwiesen.

Bei durch Anwendung von Tourniquets nicht stillbaren Blutungen, die einer Kompression zugänglich sind, hierdurch allein aber nicht zum Stehen kommen, können mit Hämostypika imprägnierte Gaze-Tamponaden mit anschließender mehrminütiger Kompression hilfreich sein. Im Einsatz bewährt haben sich mit Kaolin oder Chitosan imprägnierte Gazebinden (z. B. QuikClot Combat Gauze®).

5.2 Entlastung eines Spannungspneumothorax

Bei klinischen Zeichen eines Spannungspneumothorax ist die Entlastungspunktion mit einer großlumigen Kanüle, gefolgt von der Anlage einer Thoraxdrainage entsprechend den aktuellen Notfallmedizinischen Standards indiziert.

Die weiteren Maßnahmen, wie **Immobilisation/Schienung, Wärmeerhalt, Schmerztherapie sowie Therapie des hämorrhagischen Schocks** folgen den üblichen rettungsdienstlichen Standards bei der Versorgung von Traumapatientinnen und Traumapatienten.

6. Finanzierung

Eventuell entstehende zusätzliche Kosten sind durch die Regelungen der Empfehlungen des Landesausschusses Rettungsdienst zur Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse) in Verbindung mit Punkt 3.7.3 „Kostenpauschalen“ der Richtlinien für die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten in der geltenden Fassung abgegolten.

B. Ministerium für Inneres und Sport

**Landesausschuss „Rettungsdienst“
nach § 13 NRettDG;
Disposition von Rettungsmitteln
bei Schul- und Arbeitsunfällen**

**Bek. d. MI v. 17. 8. 2017
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur Disposition von Rettungsmitteln bei Schul- und Arbeitsunfällen bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBl. Nr. 40/2017 S. 1316

Anlage**Disposition von Rettungsmitteln bei Schul- und Arbeitsunfällen**

Bei der Anforderung von Rettungsmitteln aufgrund von Schul- und Arbeitsunfällen über die Rettungsleitstellen kommt es häufiger zu Aussagen der Anruferinnen und Anrufer, dass sie von der Schul- bzw. Firmenleitung angehalten seien, bei jeglicher Art und Schwere der Verletzungen auf die Entsendung eines (Notfall-) Rettungsmittels zu bestehen. Hintergrund sei eine entsprechende Forderung der zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungen.

Die Arbeitsgruppe Strategie und Finanzen des Landesausschusses „Rettungsdienst“ hat sich in mehreren Sitzungen mit dieser Thematik befasst und dazu Stellungnahmen des Landesverbandes Niedersachsen der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Gemeindeunfallversicherung berücksichtigt.

Als Ergebnis ist zusammenzufassen:

Seitens der gesetzlichen Unfallversicherer besteht weder eine Forderung noch ein Interesse, dass für die Disposition durch die Rettungsleitstellen bei Schul- und Arbeitsunfällen andere Grundsätze gelten als bei anderen Unfällen. Daher hat die Disposition von Rettungsmitteln nach identischen Kriterien zu erfolgen, und es kann auch sachgerecht sein, dass Disponentinnen und Disponenten bei Bagatellverletzungen und solchen, die weder die Mobilität der oder des Verletzten einschränken noch das Risiko einer zusätzlichen gesundheitlichen Gefährdung bedeuten, auf einen von der Schule oder vom Unfallbetrieb selbst zu organisierenden Transport (Taxi, Privat-Pkw) zur ärztlichen Versorgung verweisen. Die Kosten für einen Taxi- oder Mietwagentransport werden durch die zuständige Unfallversicherung erstattet. Auf den Internetseiten der jeweils zuständigen Unfallversicherungsträger können Formblätter heruntergeladen werden, z. B. http://www.guv-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/guv_OL/service/downloads/E_1301_Taxischein_Formular_neu.pdf.

Hier ist ebenfalls die Übernahme der Fahrtkosten für einen Rücktransport einer erforderlichen Begleitperson eingeschlossen. Auch die anderen Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen nutzen solche oder ähnliche Verfahren.

B. Ministerium für Inneres und Sport**Anlage**

**Positionspapier des Landesausschusses „Rettungsdienst“
zur Einführung einer webbasierten Informationsplattform
für die Zuweisung von Notfallpatienten
zur klinischen Versorgung**

1. Vorbemerkung

Für eine effiziente, patientenorientierte Zuführung von Erkrankten in die Notfallaufnahmen der Kliniken wird der aktuelle Status aller interdisziplinären und fachübergreifenden Fachgebiete und Fachbereiche der Krankenhäuser für die ambulante sowie stationäre Regel- und Notfallversorgung benötigt. Diese für alle an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligten Einrichtungen sehr wertvolle Information ermöglicht es, verletzte und/oder erkrankte Personen rasch der ihrem Krankheitsbild entsprechend geeigneten Behandlungseinrichtung zuzuführen. Gleichzeitig wird dadurch seitens der Krankenhäuser die Vorschrift des § 6 Abs. 5 NRettDG (Verzeichnis der Behandlungskapazitäten) erfüllt, einen fortlaufenden Nachweis der verfügbaren Behandlungskapazitäten gegenüber dem Rettungsdienstträger zu dokumentieren.

Dieses Positionspapier dient dazu, die ambulante sowie stationäre Versorgung der Bevölkerung in Niedersachsen zu verbessern. Es soll landesweit eine einheitliche webbasierte Informationsplattform (interdisziplinärer Versorgungsnachweis) für die Zuweisung von Notfallpatienten zur klinischen Versorgung eingeführt werden.

2. Allgemeines

Ein webbasierter klinischer Kapazitätsnachweis wird bereits in verschiedenen Bundesländern eingesetzt (so z. B. in Hessen) und zurzeit in weiteren Kommunen und Ländern implementiert. Mittels dieser z. B. in einem kommunalen Rechenzentrum gehosteten Software hinterlegen die beteiligten Kliniken standardisiert die Stammdaten zur medizinischen Versorgung und aktualisieren diese entsprechend der aktuellen Verfügbarkeit. Diese Datenbank kann hierfür webbasiert entsprechend der Benutzer-Zugriffsrechte (Krankenhäuser, Leistungserbringer im Rettungsdienst, Leitstelle, Öffentlichkeit) abgefragt werden. Hierzu erfolgt eine Visualisierung auf einer grafischen Oberfläche. Zusätzlich ist zur Prozessoptimierung der Rettungskette (Rettungsdienst-Klinik) eine webbasierte elektronische Anmeldung der Patientinnen und Patienten (Patientenzuweisungscode, Ankunftszeit, Besonderheiten) in der Klinik anwendbar. Diese ermöglicht dem Krankenhaus einen zeitlichen Vorlauf zur notwendigen Allokation klinischer Ressourcen für alle rettungsdienstlichen Zuweisungen. Im Rahmen des Qualitätsmanagements lassen sich retrospektiv erforderliche Daten zu speziellen Fragestellungen auswerten.

Durch die in Niedersachsen bereits lokal eingeführte Software IVENA konnten z. B. erstmals einheitlich klinische Angaben sowie die Zuweisungsdaten der jeweiligen Leitstelle erfasst, dargestellt und bewertet werden. Besonders hierdurch sowie durch die intensive Diskussion in einem Anwenderbeirat ist eine neue Dimension der Transparenz und Zusammenarbeit in der Notfallrettung erzielt worden. Die spezifische Auswertung für die jeweilige Klinik erfolgt in deren Eigenverantwortung.

3. Vorteile

Durch den Einsatz einer webbasierten Informationsplattform für die Zuweisung von Notfallpatienten zur klinischen Versorgung können u. a. „Engstellen“ in den Versorgungskapazitäten in Bezug auf die Fachbereiche bzw. Fachgebiete der Krankenhäuser visualisiert und Lösungsansätze erarbeitet werden. Sofern besondere kapazitive Herausforderungen bestehen, kann es zu flächenhaften und zeitlich länger anhaltenden Einschränkungen kommen. Diese wirken sich wiederum negativ auf den Rettungsdienst (z. B. durch längere Transportzeiten in freie, geeignete Behandlungseinrichtungen) aus. Deshalb gilt es, geeignete Lösungsstrategien (z. B. Verteilungsgrundsätze) zu erarbeiten.

Notwendig ist die Transparenz der Versorgungskapazitäten der außerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereiches liegenden Krankenhäuser. Hierzu ist eine öffentliche Ansicht der Informationsplattform notwendig. Des Weiteren sind Absprachen über die Zuweisungsrechte erforderlich.

Zudem sollte das Programm zusätzlich bei einem Massenansturm von Verletzten/Erkrankten (MANV) eine telefonunabhängige

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Positionspapier des Landesausschusses „Rettungsdienst“
zur Einführung einer webbasierten Informationsplattform
für die Zuweisung von Notfallpatienten
zur klinischen Versorgung**

**Bek. d. MI v. 17. 8. 2017
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird das vom Landesausschuss beschlossene Positionspapier zur Einführung einer webbasierten Informationsplattform für die Zuweisung von Notfallpatienten zur klinischen Versorgung bekannt gemacht (**Anlage**).

hängige gezielte Information der Kliniken durch die Rettungsleitstellen ermöglichen. Hierzu hinterlegen die Krankenhäuser entsprechend der regionalen Vorgaben die Notfall-Versorgungskapazitäten und können nach Alarmierung die aktuellen Aufnahmezahlen anpassen, sodass jederzeit eine dynamische Kapazitätserfassung erfolgen kann.

4. Umsetzung

Dazu schlägt der LARD folgendes Vorgehen vor:

Die niedersächsischen Rettungsdienstträger und Krankenhäuser verpflichten sich zur Anwendung und Nutzung der Software und stellen sicher, stets aktuelle Daten zur Verfügung zu stellen. Es wird ein landesweiter Nutzerbeirat unter Federführung des für die Krankenhäuser zuständigen Ministeriums eingerichtet, um so einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch sowie die Weiterentwicklung des Systems zu gewährleisten. Die Kosten der Einführung sowie des Betriebs der Informationsplattform müssen durch das Land Niedersachsen übernommen werden. Dem LARD sollte die Möglichkeit gegeben werden, bei der Definition von Anforderungsmerkmalen für ein entsprechendes System mitzuwirken.

B. Ministerium für Inneres und Sport

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Ausstellung eines einheitlichen Ausweises
für PSNV-Kräfte**

**Bek. d. MI v. 17. 8. 2017
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird die vom Landesausschuss beschlossene Empfehlung zur Ausstellung eines einheitlichen Ausweises für PSNV-Kräfte bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBl. Nr. 41/2017 S. 1333

Anlage**Ausstellung eines einheitlichen Ausweises für PSNV-Kräfte**

Die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) in der Folge und Nachsorge rettungsdienstlicher Einsätze hat einen hohen Stellenwert für die Betroffenen und Einsatzkräfte, auch wenn die PSNV nicht zu den Aufgaben und Kosten des Rettungsdienstes nach dem NRetIDG gehört. Der Landesausschuss „Rettungsdienst“ hält daher die Ausstellung eines einheitlichen Ausweises nach folgendem Muster für PSNV-Kräfte durch die Landkreise und kreisfreien Städte bei Erfüllung der vom Landesbeirat-PSNV festgelegten Qualitätskriterien für sinnvoll und empfiehlt, dem Vorschlag des Landesbeirates-PSNV zu folgen.

An den Landkreis/Stadt ... xyz Abc-Straße Nr. 00000 Musterstadt	Logo entsendende Organisation
	Anschrift, Telefon etc.

Erst-Antrag PSNV-Ausweis

Hiermit beantragen wir die Ausstellung eines Dienstausweises für folgende PSNV-Einsatzkraft:

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname:		Aktiv in der PSNV seit:	
Adresse:			

Erklärung der Einsatzkraft:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bereit und in der Lage bin, im aktiven Einsatzdienst in der PSNV mitzuwirken,
- die vorgegebenen Qualitätsstandards erfülle und einhalte,
- ich in und nach allen Einsätzen auf meine Sicherheit und Gesundheit achte,
- ich über alle mir im Einsatz und darüber hinaus bekannt gewordenen Umstände Verschwiegenheit wahre.

Unterschrift der Einsatzkraft:	
--------------------------------	--

Ausbildungen gemäß den gültigen Qualitätsstandards (Belege sind beizufügen!):

Bezeichnung	J/N	Datum Abschluss	Datum letzte Fortbildung
PSNV-B			
PSNV-E			
Einsatzkraft ist Psychosoziale Fachkraft			

PSNV-Führungsausbildungen (Belege sind beizufügen):

Bezeichnung	J/N	Datum	Bemerkungen
PSNV-Führungsassistent			
PSNV-Fachberater			
PSNV-Leiter			

Erklärung der beantragenden Organisation:

Hiermit erklären wir, dass

- wir die vorgegebenen Qualitätsstandards erfüllen und einhalten,
- wir unsere Fürsorgepflicht für obige Einsatzkraft auch im Bereich PSNV-E wahrnehmen,
- die oben genannte Einsatzkraft persönlich für Einsätze im Bereich PSNV geeignet ist.

Wir setzen die Einsatzkraft in folgendem Bereich ein (bitte ankreuzen):

☐ PSNV - B ☐ PSNV - E

Name des Unterzeichners:

Ort, Datum:

Dienstsiegel, Unterschrift:

Musterbeispiel für einen einheitlichen PSNV-Ausweis in Niedersachsen

Vorderseite:

Entsendende Organisation/Institution/Behörde z. B. Kirchenkreis xy/Notfallseelsorge/Hilfsorganisation <i>(Emblem)</i>	
Lichtbild	Psychosoziale Notfallversorgung Niedersachsen
	Vorname Nachname z. B. Max Mustermann <i>(Funktion/Qualifikation)</i> z. B. PSNV B/E, Leiter PSNV etc.
Ausweis-Nr.	

In grau kursiv: empfohlene mögliche zusätzliche Angaben.

Rückseite:

Ausstellende Organisation/Institution/Behörde z. B. Landkreis xy	
Ausstellungsdatum z. B. 23. 1. 2017	
Unterschrift	
Gültigkeitsdauer z. B. bis 22. 1. 2021	
Hinweis: Der vorliegende Ausweis gilt nur in Verbindung mit einem gültigen amtlichen Personaldokument	Stempel
Die oben genannte Person als Inhaber(in) dieses Ausweises ist PSNV-Fachkraft/Notfallseelsorger(in) im Zuständigkeitsbereich des Landkreises xy. Alle betroffenen Dienststellen, insbesondere die Behörden mit Sicherheitsaufgaben, werden gebeten, sie in der Ausübung ihrer Tätigkeit zu unterstützen.	

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettdG;
Empfehlung zur notwendigen Neuausrichtung
bei der Bearbeitung von Hilfeersuchen
durch Rettungsleitstellen**

Bek. d. MI v. 17. 8. 2017 — 35.22-41576-10-13/0 —

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird die vom Landesausschuss beschlossene Empfehlung zur Neuausrichtung bei der Bearbeitung von Hilfeersuchen durch Rettungsleitstellen bekannt gemacht (Anlage).

— Nds. MBl. Nr. 41/2017 S. 1335

Anlage

**Empfehlung zur notwendigen Neuausrichtung
bei der Bearbeitung von Hilfeersuchen
durch Rettungsleitstellen (Stand: 3. 8. 2017)**

Problemstellung

Die Rettungsleitstellen sind die rund um die Uhr telefonisch erreichbaren Anlaufstellen für Hilfeersuchen der Bürger. Sie garantieren damit nicht nur die schnellstmögliche Hilfe durch den Rettungsdienst bei lebensbedrohlichen Situationen oder schwerer gesundheitlicher Schädigung, sondern sind auch der immer verfügbare Ansprechpartner bei anderen dringlichen Gesundheitsstörungen, die dem Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung zuzuordnen sind.

Während die Leitstellen bei akuten Notfällen auf die Ressourcen des Rettungsdienstes direkt zugreifen können, ist bei Hilfeersuchen anderer Art lediglich ein Verweis an andere Versorgungssysteme des Gesundheitswesens möglich, die nicht immer zuverlässig, zeitnah und flächendeckend zur Verfügung stehen. Die Verpflichtung der Leitstellendisponenten, mit hoher Sicherheit gesundheitlichen Schaden abzuwenden, die nicht vorhandenen verlässlichen Alternativen und deren geringe Akzeptanz durch den Anrufer bedingen eine zu häufige Disposition von Notfallrettungsmitteln. Diese führen wiederum ihre Patienten den überfrequentierten Notaufnahmen der Kliniken zur ärztlichen Abklärung und ggf. erforderlichen Weiterversorgung zu.

Die Folge ist eine nicht sachgerechte und damit zu hohe Inanspruchnahme der Notfallrettung, wodurch der originäre Versorgungsauftrag nicht mehr dauerhaft sichergestellt werden kann. Ein Großteil der Patienten könnte aber durch andere Sektoren des Gesundheitswesens effizient versorgt werden: z. B. ambulante ärztliche Versorgung während und außerhalb der Praxisbesetzzeiten, Pflegedienste, psychosoziale Dienste.

Nur durch eine Neuausrichtung der Aufgaben und Möglichkeiten von Leitstellen lässt sich dieser Entwicklung entgegenwirken. Versuche, die Einwohnerinnen und Einwohner

durch Aufklärung zur richtigen Auswahl des für ihre Beschwerden geeigneten Versorgungssektors zu bewegen, sind wegen der unzureichenden zeitlichen und räumlichen Präsenz dieser Sektoren und der subjektiven Einschätzung der Dringlichkeit von Gesundheitsstörungen durch den Hilfeersuchenden alleine nicht zielführend und erfolgversprechend.

Ziel

Leitstellen müssen in die Lage versetzt werden, unter Erhalt einer hohen Sensitivität für die Erkennung und rettungsdienstliche Versorgung von schweren und lebensbedrohlichen Gesundheitsstörungen die rettungsdienstlichen Ressourcen effizient einzusetzen und den Betroffenen die geeignete Hilfe anbieten zu können.

Notwendige Umsetzungen durch die Rettungsdienststräger

— Etablierung geeigneter Strukturen und Prozesse, um in den Leitstellen mit einem hohen personenunabhängigen Zuverlässigkeitsgrad die Hilfeersuchen zu erfassen und der richtigen Versorgung zuzuführen (hohe Sensitivität und Spezifität). Das ist nur durch fachkompetentes Personal für die Bearbeitung des gesamten Spektrums von eingehenden Hilfeersuchen und eine sachgerechte technische Ausstattung möglich. Dafür sind eine strukturiert und standardisiert durch das Leitstellensystem geführte Notrufabfrage (SSN) und die Anwendung der Zuordnungsmatrix „Hilfeersuchen an die Rettungsleitstelle“ (Anlage) bei der Disposition unabdingbar.

— Die dafür zu implementierende Software und die hinterlegten Abfrageprotokolle müssen durch belegbare Validität und Genauigkeit eine hohe Zuverlässigkeit des Abfrageergebnisses und damit Rechtssicherheit für Disponenten garantieren.

Um eine landeseinheitliche Qualität, auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten, zu gewährleisten, erarbeitet der Landesausschuss Rettungsdienst die Anforderungen an die SSN.

Initiierung sektorenübergreifender Optimierung

— Zugriff der Leitstellen auf weitere dem Patientenzustand angemessene Transportmittel (z. B. auch Taxi/Mietwagen), um den Transport zu einer ärztlichen Untersuchung veranlassen zu können,

— Möglichkeit für Leitstellen, Hausbesuche durch Ärzte verbindlich zu veranlassen und Pflegedienste zu vermitteln,

— Verfügbarkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung rund um die Uhr und unmittelbare räumliche Zusammenführung der Bereitschaftspraxen mit den Notaufnahmen der Kliniken.

Diese Empfehlung kann inhaltlich identisch jedoch in anderer Darstellung auch über die Website des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport auf der folgenden Seite http://www.mi.niedersachsen.de/themen/innere_sicherheit/rettungsdienste/landesausschuss-rettungsdienst-94255.html abgerufen werden.

Zuordnungsmatrix „Hilfeersuchen an die Rettungsleitstelle“ (Version 1.0 Stand: 9. 8. 2017)

Art des Hilfeersuchens	Ergebnis der SSN	Beispiele	sachgerechte Disposition durch Leitstelle	definitive med. Hilfeleistung	Zuordnung	Hilfe durch Rettungsdienst	zeitliche Dringlichkeit	Hilfsfrist-relevanz	geeignetes RM	Vorgaben/Kriterien	Transportkostenübernahme	Erläuterungen/Probleme
I. Notfall mit NA (RTW + NEF/RTW + RTH)	akute aufgetretene, schwere Erkrankung/Verletzung mit Vitalbedrohung	Herzinfarkt, Reanimation, Polytrauma	RTW mit Notarzt-Versorgung und Transport zur klinischen Weiterbehandlung			Versorgung und Transport RTW + NEF	Höchste Eile geboten! Wegerecht nach § 38 Abs. 1 StVO	ja	NEF und RTW DIN EN 1789 Typ C	Rettungsdienstgesetz, Notarzt-indikationskatalog, Krankentransport-richtlinien (Erkrankung/Verletzung erfordern Personal eines Rettungswagens mit Notarzt)	GKV, GUV, PKV etc.	ärztliche Verordnung, ersatzweise med. Einsatzprotokoll als abrechnungsbegründende Unterlage
	akute aufgetretene, schwere Erkrankung/Verletzung nach präkl. ärztlicher Erstbehandlung mit Notärztlichkeit Transportbegleitung ohne aktuelle Vitalbedrohung	in medizinischer Einrichtung behandelte akute Herzrhythmusstörungen, die nach ärztlicher Einschätzung notärztlicher Transportbegleitung bedürfen	RTW-Transport mit Notarztbegleitung zur klinischen Weiterbehandlung	Klinik	Notfallrettung	Transport RTW + NEF	wenn höchste Eile geboten ist, Wegerecht nach § 38 Abs. 1 StVO	nein				
	<u>dringlicher Sekundärtransport</u> zur unmittelbar notwendigen Weiterversorgung eines Pat. mit akuter, schwerer Erkrankung/Verletzung, die Notarztbegleitung erfordert, in anderer Klinik aus zwingenden med. Gründen	Herzinfarkt, Polytrauma nach erfolgter klinischer Primärversorgung, wenn dort medizinisch notwendige Weiterbehandlung nicht möglich ist										
(ITW, ITH)	<u>Intensivtransport</u> medizinisch notwendiger Interhospitaltransport unter intensivmedizinischen Bedingungen bei schwerer Erkrankung/Verletzung; erweiterte med. Ausstattung und Zusatzqualifikation des Personals erforderlich		ITW, ITH			ITW, ITH			ITW, ITH	Rettungsdienstgesetz, Notarzt-indikationskatalog, Krankentransport-richtlinien, Empfehlung „Intensivtransport“ des LARD 2011		Anforderungsformular „Intensivtransport“

Art des Hilfeersuchens	Ergebnis der SSN	Beispiele	sachgerechte Disposition durch Leitstelle	definitive med. Hilfeleistung	Zuordnung	Hilfe durch Rettungsdienst	zeitliche Dringlichkeit	Hilfsfristrelevanz	geeignetes RM	Vorgaben/Kriterien	Transportkostenübernahme	Erläuterungen/Probleme
II. Notfall (RTW)	akut aufgetretene, schwere Erkrankung/Verletzung ohne feststellbare Vitalbedrohung	Verletzung ohne Vitalgefährdung (z. B. isolierte Extremitätenverletzung), akut aufgetretene abdominale Schmerzen ohne Vitalgefährdung, die eine klin. Abklärung/Behandlung erfordert	RTW-Versorgung und Transport zur klinischen Weiterbehandlung			Versorgung und Transport RTW	Höchste Eile geboten! Wegerecht nach § 38 Abs. 1 StVO	ja		Rettungsdienstgesetz, Kranken-transportrichtlinien (Erkrankung/Verletzung erfordern Ausstattung/Personal eines Rettungswagens)	GKV, PKV, GU, PKV	ärztliche Verordnung, ersatzweise med. Einsatzprotokoll als abrechnungs-begründende Unterlage
	akut aufgetretene, schwere Erkrankung/Verletzung nach präklinischer ärztlicher Erstbehandlung mit Notwendigkeit eines Transportes durch RTW (Ausstattung/Personal)	in medizinischer Einrichtung behandelte akute Herzrhythmusstörung, die nach ärztlicher Einschätzung eines Transportes durch RTW (Ausstattung/Personal) bedarf	RTW-Transport zur klinischen Weiterbehandlung	Klinik	Notfallrettung	Transport RTW	wenn höchste Eile geboten ist, Wegerecht nach § 38 Abs. 1 StVO	nein	RTW DIN EN 1789 Typ C			
III. Dringlicher Krankentransport (KTW-dringlich)	dringlicher Sekundärtransport zur unmittelbaren Weiterversorgung eines Patienten mit schwerer Verletzung/Erkrankung ohne akute Vitalbedrohung in anderer Klinik aus zwingenden medizinischen Gründen	knöcherne Verletzung der Wirbelsäule mit neurologischer Symptomatik, die umgehende Behandlung in spezialisierte Klinik erfordert; akuter arter. Gefäßverschluss mit dringender Notwendigkeit einer Behandlung in Spezialklinik	KTW-Transport zur ambulanten/stationären Behandlung in Klinik o. Praxis	Klinik, ggf. Praxis, Entlassung aus stat. Behandlung etc.	qualifizierter Krankentransport	Transport KTW	unverzüglich, wenn Wegerecht nach § 38 Abs. 1 StVO	nein	DIN EN 1789 Typ B	NRettDG, Kranken-transportrichtlinie (Ausstattung/Personal eines KTW zwingend notwendig) Beschluss des LAR des Nds. MBL (Nr. 19/2006)	GKV, PKV, GU, PKV etc.	bei durch Vertragsärzte o. ärztlich geleitete Einrichtungen veranlasseten Krankentransporten, Entlassungen, Verlegungen ist eine ärztliche Verordnung zwingend notwendig; in anderen Fällen dient bei Disposition über die RLST der ersatzweise das med. Einsatzprotokoll als abrechnungs-begründende Unterlage, soweit in der Entgeltvereinbarung geregelt
	Erkrankung/Verletzung ohne im überschaubaren Verlauf zu erwartende Verschlechterung o. Vitalbedrohung, die ambulant o. stat. Behandlung bedarf, Pat. ist transportfähig, keine apparative Ausstattung u./o. Personalqualifikation eines RTW erforderlich	verlegte o. entfernte Blasenkatheeter o. PEG-Sonden; in Praxis o. Klinik abzuklärende Beschwerden bei akuter o. chronischer, erkrankungsbedingt eingeschränkter Mobilität und fachlicher Betreuung notwendig	KTW-Transport zur ambulanten/stationären Behandlung in Klinik o. Praxis	Klinik, ggf. Praxis, Entlassung aus stat. Behandlung etc.	qualifizierter Krankentransport	Transport KTW	unverzüglich, wenn Wegerecht nach § 38 Abs. 1 StVO	nein	DIN EN 1789 Typ B	NRettDG, Kranken-transportrichtlinie (Ausstattung/Personal eines KTW zwingend notwendig) Beschluss des LAR des Nds. MBL (Nr. 19/2006)	GKV, PKV, GU, PKV etc.	bei durch Vertragsärzte o. ärztlich geleitete Einrichtungen veranlasseten Krankentransporten, Entlassungen, Verlegungen ist eine ärztliche Verordnung zwingend notwendig; in anderen Fällen dient bei Disposition über die RLST der ersatzweise das med. Einsatzprotokoll als abrechnungs-begründende Unterlage, soweit in der Entgeltvereinbarung geregelt

Art des Hilfeersuchens	Ergebnis der SSN	Beispiele	sachgerechte Disposition durch Leitstelle	definitive Hilfeleistung	Zuordnung	Hilfe durch Rettungsdienst	zeitliche Dringlichkeit	Hilfsfristrelevanz	geeignetes RM	Vorgaben/Kriterien	Transportkostenübernahme	Erläuterungen/Probleme
IV. Disponibler, ärztlich verordneter Kranken-transport (KTW)	Anforderung nach ärztlicher Verordnung; Anschluss von Erkrankungen/Verletzungen mit zu erwartender Vitalbedrohung; keine apparative Ausstattung u./o. Personalqualifikation eines RTW erforderlich	Diagnosen lt. ärztlicher Angabe	KTW-Transport zur ambulanten/stationären Behandlung in Klinik o. Praxis	Klinik, ggf. Praxis, Entlassung aus stat. Behandlung etc.	qualifizierter Kranken-transport	Transport KTW	disponibel ohne Wegerecht nach § 38 Abs. 1 StVO (Termin-treue!)	nein	mindestens DIN EN 1789 Typ A2	Rettungsdienstgesetz, Kranken-transport-richtlinie (Erkrankung/Verletzung erfordern Ausstattung/Personal eines Krankentransportwagens)	GKV, GUV, PKV etc. aufgrund ärztlicher Verordnung	Bei Kranken-transport zur ambulanten Behandlung vorherige Genehmigungspflicht beachten!
V. Zeitnah medizinischer Transport zur ambulanten Behandlung („Taxi-Transport“)	Erkrankung/Verletzung, die ambulanter Behandlung bedarf, kein erkennbares Risiko für Zustandverschlechterung o. vitale Gefährdung, Transport in Eigenregie/OPNV aus zwingenden mediz. Gründen <u>nicht</u> möglich	kleinere Verletzungen, lokale Beschwerden ohne Beeinträchtigung des sonstigen Gesundheitszustandes o. der Mobilität (z. B. Fingerquetschung, oberflächliche, verbundene Wunden)	Verweis an Untersuchung/ambulanten Sektor mit Transport durch Taxi bzw. Mietwagen	Praxis, Klinikambulanz	„Kranken-fahrt“ zu Vertragsärzten (Praxen, Bereitschaftspraxen, Klinikambulanz)	<u>Keine Rettungsmittel-disposition!</u>				Rettungsdienstgesetz, Kranken-transport-richtlinie (Krankenfahrt, Verletzung erfordern nicht Ausstattung/Personal eines KTW), PBefG, GewO, SGB V § 75 (Sicherstellung KV)		Verweis an Taxi/Rollstuhltaxi/Mietwagen
VI. Zeitnah medizinisch notwendige ambulante Behandlung (kein Transport auf Kosten GKV, GUV, PKV)	Erkrankung/Verletzung, die ambulanter Behandlung bedarf, kein erkennbares Risiko für Zustandverschlechterung o. vitale Gefährdung, Transport in Eigenregie/OPNV medizinisch möglich und ausreichend	kleinere Verletzungen, lokale Beschwerden ohne Beeinträchtigung des sonstigen Gesundheitszustandes o. der Mobilität	Verweis an Untersuchung/ambulanten Sektor mit Transport in Eigenregie	Untersuchung/Behandlung in Vertrags-/Bereitschaftspraxis o. ggf. Klinikambulanz	Vertragsärzte/Bereitschaftsdienst (Praxen, Bereitschaftspraxen, ggf. Klinikambulanzen)	<u>Keine Rettungsmittel-disposition!</u>				Kranken-transport-richtlinie (Erkrankung/Verletzung erfordern keine „Krankenfahrt“), SGB V § 75 (Sicherstellung KV)		24/7 Erreichbarkeit der Vertrags-/Bereitschaftspraxen nicht sichergestellt! Nicht harmonisierte Parallelstruktur! Keine organisatorische Weisungsbefugnis der Leitstelle!
VII. Zeitnah medizinisch notwendige Behandlung am Aufenthaltsort des Patienten (kein Transport, Hausbesuch durch Arzt)	Erkrankung/Verletzung, die ambulanter Behandlung zu Hause bedarf, kein erkennbares Risiko für eine vitale Gefährdung, Transport zu Praxis/Klinik wegen der Art der Erkrankung/Verletzung nicht angemessen/zumutbar	interkurrente Erkrankungen bei Pflegebedürftigkeit; fiebrhafte Infekte, krankheitsbedingte Mobilitätseinschränkung	Verweis an bzw. Vermittlung von Untersuchung/Behandlung durch Vertragsarzt am Aufenthaltsort des Patienten	am Aufenthaltsort des Patienten	Vertragsärzte/Bereitschaftsdienst (Hausbesuch)	<u>Keine Rettungsmittel-disposition!</u>				SGB V § 75 (Sicherstellung KV)		24/7 Erreichbarkeit der Vertrags-/Bereitschaftspraxen nicht sichergestellt! Nicht harmonisierte Parallelstruktur! Keine organisatorische Weisungsbefugnis der Leitstelle!

Art des Hilfeersuchens	Ergebnis der SSN	Beispiele	sachgerechte Disposition durch Leitstelle	definitive Hilfeleistung	Zuordnung	Hilfe durch Rettungsdienst	zeitliche Dringlichkeit	Hilfsfristrelevanz	geeignetes KM	Vorgaben/Kriterien	Transportkostenübernahme	Erläuterungen/Probleme
VIII. Anforderung e. pflegerischen Hilfeleistung ohne Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung/Behandlung (kein Transport)	Erkrankung/Verletzung, die ambulante Behandlung zu Hause bedarf, kein erkennbares Risiko für eine vitale Gefährdung, Transport zu Praxis/Klinik wegen der Art der Erkrankung/Verletzung nicht erforderlich	pflegerische Hilfeleistung am Aufenthaltsort des Patienten	Pflegedienstleistung durch Pflegeperson am Aufenthaltsort des Patienten	am Aufenthaltsort des Patienten	ambulante Pflegedienste	<u>Keine Rettungsmittel-disposition!</u>				§ 71 SGB X (ständige Erreichbarkeit)		Häufigkeit? Relevanz? Vermittlung an „Pflegenotruf“?
IX. Anforderung einer nicht medizinischen Hilfeleistung (kein Transport)	keine Erkrankung/Verletzung erkennbar, kein erkennbares Risiko für eine schwerere Gesundheitsstörung o. vitale Gefährdung, kein Transport gewünscht u./o. indiziert	Tragehilfe in Altenwohnheim, hilflose Personen	der Situation entsprechend, kein Transport indiziert	keine med. Behandlung erforderlich		<u>Keine Rettungsmittel-disposition!</u>						

Legende:

GKV: gesetzliche Krankenversicherung; GUV: gesetzliche Unfallversicherung; GewO: Gewerbeordnung; ITW: Intensivtransportwagen; KTW: Krankentransportwagen; KV: kassenärztliche Vereinigung; LARD: Landesausschuss Rettungsdienst Niedersachsen; Nds. MBl.: Niedersächsisches Ministerialblatt; NEF: Notarzteinsetzfahrzeug; NotSan: Notfallsanitäter; OPNV: öffentlicher Personennahverkehr; PBefG: Personenbeförderungsgesetz; PKV: private Krankenversicherung; RettSan: Rettungssanitäter; RTH: Rettungstransportwagen; SGB: Sozialgesetzbuch.

siehe Hilfeleistungsmatrix 3.0

B. Ministerium für Inneres und Sport

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
„Anforderungen an eine strukturierte
und standardisierte Notrufabfrage (SSN)
als Voraussetzung für die sachgerechte Bearbeitung
von Hilfersuchen in Leitstellen“**

Bek. d. MI v. 14. 3. 2018

— 35.22-41576-10-13/0 —

Bezug: Bek. v. 27. 10. 2014 (Nds. MBl. S. 684)

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird die vom Landesausschuss beschlossene Empfehlung zu Anforderungen an eine strukturierte und standardisierte Notrufabfrage (SSN) als Voraussetzung für die sachgerechte Bearbeitung von Hilfersuchen in Leitstellen bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBl. Nr. 16/2018 S. 344

Anlage

**Anforderungen an eine strukturierte
und standardisierte Notrufabfrage (SSN)
als Voraussetzung für die sachgerechte Bearbeitung
von Hilfersuchen in Leitstellen
(Stand: 5. 3. 2018)**

Vorbemerkung

Im Jahr 2014 hat der Landesausschuss „Rettungsdienst“ (LARD) eine Empfehlung für eine „strukturierte und standardisierte Notrufabfrage (SSN)“ in den Leitstellen veröffentlicht, um bei lebensbedrohlichen Situationen oder schwerer gesundheitlicher Schädigung schnellste Hilfe durch den Rettungsdienst zu ermöglichen und mit Erste-Hilfe-Anleitungen bis hin zur „Telefonreanimation“ durch die Disponenten das therapiefreie Intervall zu verkürzen.

Mit dem sich zunehmend erweiternden Spektrum von Hilfersuchen wird eine Neuausrichtung bei der Bearbeitung von Hilfersuchen, verbunden mit einer Weiterentwicklung der SSN, notwendig. Nur mit einem zuverlässigen Abfrageergebnis können auch zukünftig in der Notfallrettung und im Krankentransport Rettungsmittel disponiert und Hilfeleistungen bei sonstigen Gesundheitsstörungen sachgerecht und rechtssicher bearbeitet werden. Dazu ist auf regionaler Ebene das Ergebnis der Notrufabfrage in eine den spezifischen Bedingungen angepasste Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) nach dem Muster der Hilfeleistungsmatrix umzusetzen.

Der LARD verabschiedete daher am 18. 8. 2017 eine Empfehlung zur notwendigen Neuausrichtung bei der Bearbeitung von Hilfersuchen und Zuordnung zur sachgerechten Hilfeleistung (Hilfeleistungsmatrix). Die AG „Strategie und Finanzen“ wurde beauftragt, den Umsetzungsprozess zu begleiten.

Der folgende Anforderungskatalog für die SSN beschreibt den zukünftigen, einheitlichen Qualitätsstandard für eine in die Applikation des Einsatzleitsystems integrierte SSN in den Leitstellen Niedersachsens.

Notrufabfragealgorithmen

- Die Notrufabfrage erfolgt nach einem strukturierten, softwaregeführten Abfragealgorithmus, der als Standard vorgegeben ist.
- Der Algorithmus dient nicht nur der Identifizierung von lebensbedrohlichen Notfällen, sondern erfasst den gesamten Bereich der in Rettungsleitstellen zu bearbeitenden Hilfersuchen.
- Der für die Abfrage genutzte Algorithmus führt zu wissenschaftlich belegten, personenunabhängig reproduzierbaren, validen und zuverlässigen Ergebnissen.
- Alle Schritte der Abfrage werden transparent, aussagekräftig und reproduzierbar dokumentiert.
- Der Algorithmus wird entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen ständig weiterentwickelt.
- Die im Algorithmus enthaltenen Anleitungen zu Erste-Hilfe-Maßnahmen entsprechen internationalen Standards und Leitlinien und werden regelmäßig aktualisiert.

Einbindung in das Einsatzleitsystem

- Das Abfragesystem ist in die Applikation des Einsatzleitsystems (ELS) integriert (Vollintegration in einer Oberfläche).
- Ein kontinuierlicher und bidirektionaler Datenaustausch zwischen dem ELS und der Abfragesoftware ist realisiert.
- Die Abfragedokumentation ist mit dem zugehörigen Einsatzprotokoll im ELS eindeutig verknüpft (z. B. ID-Zuordnung).
- Alle Datenbankfelder verschiedener, mit dem ELS kommunizierender Applikationen sind zu Analysezwecken exportier- und auswertbar.
- Der Datenaustausch ist über eine plattform- und implementationsunabhängige Standard-XML-Schnittstelle sichergestellt.

Abfrage, Disposition und/oder Beratung bei Hilfersuchen außerhalb des rettungsdienstlichen Zuständigkeitsbereiches

- Bei Abfrage, Disposition und/oder Beratung zu Hilfersuchen außerhalb des rettungsdienstlichen Zuständigkeitsbereiches ist sichergestellt, dass der hierfür zusätzlich genutzte Abfragealgorithmus eine kompatible Weiterführung des Notrufabfragealgorithmus darstellt bzw. jederzeit einen Wechsel zu diesem möglich ist.
- Die aus dem jeweiligen Abfragesystem erhobenen Daten und Informationen werden in einem einheitlichen Datensatz geführt.

Notrufbearbeitung in Teilprozessen

Im Hinblick auf die weiteren Entwicklungen und Erweiterungen des Spektrums der zu bearbeitenden Hilfersuchen in Leitstellen ist eine Bearbeitung des gesamten Abfrage- und Dispositionsprozesses sowohl durch eine einzelne Person als auch in Teilprozessen durch mehrere Personen möglich.

Evaluation

- Die Nutzung (Adhärenz) des Notrufabfragealgorithmus wird durch Auswertung einer repräsentativen Zahl der dokumentierten Notrufabfragen und Aufarbeitung von Abweichungen im Mitarbeitergespräch sichergestellt. Die angemessene Auswertequote ist von der Häufigkeit der jährlichen Notrufeingänge in einer Leitstelle abhängig und kann aus der als **Anlage** angefügten Grafik abgelesen werden.
- Validität und Zuverlässigkeit des Abfrageergebnisses und der Zuordnung zur Alarm- und Ausrücke-Ordnung (AAO) werden durch Auswertung von Informationen über den rettungsdienstlich erhobenen Patientenzustand (z. B. IVENA-PZC) dargestellt.

Rechtssicherheit

Die Standardisierung und Strukturierung der Abfrage, der wissenschaftlich ständig begleitete und weiterentwickelte Abfragealgorithmus inklusive der Erste-Hilfe-Maßnahmen und die daraus resultierende Dokumentation ermöglichen eine umfassende und nachweisbare Sicherstellung der gebotenen Maßnahmen. Dadurch wird höchste Rechtssicherheit für die Mitarbeiter der Leitstellen erreicht.

Schaffen notwendiger Rahmenbedingungen durch die Träger der Leitstellen

- Es werden folgende Voraussetzungen zur erfolgreichen Implementierung und Unterhaltung der SSN geschaffen: Zielformulierung, Projektplan, Bereitstellung notwendiger personeller und materieller Ressourcen, Dokumentation, Steuerung, Auswertung und ständige Weiterentwicklung.
- Die Mitarbeiter werden vor der einheitlich verbindlichen Einführung in der Leitstelle über die Ziele, Konzeption, Inhalte und Nutzen einer SSN und den Ablauf der Implementierung informiert, um Akzeptanz und Motivation der Mitarbeiter herzustellen.

- Die Mitarbeiter erlernen Techniken zur personenzentrierten, direktiven und deeskalierenden Gesprächsführung unter den spezifischen Bedingungen des Notrufdialogs.
- Die Bevölkerung wird in geeigneter Weise über die Neuerungen bei der Bearbeitung von Hilfeersuchen und die Etablierung der SSN informiert (Öffentlichkeitsarbeit).

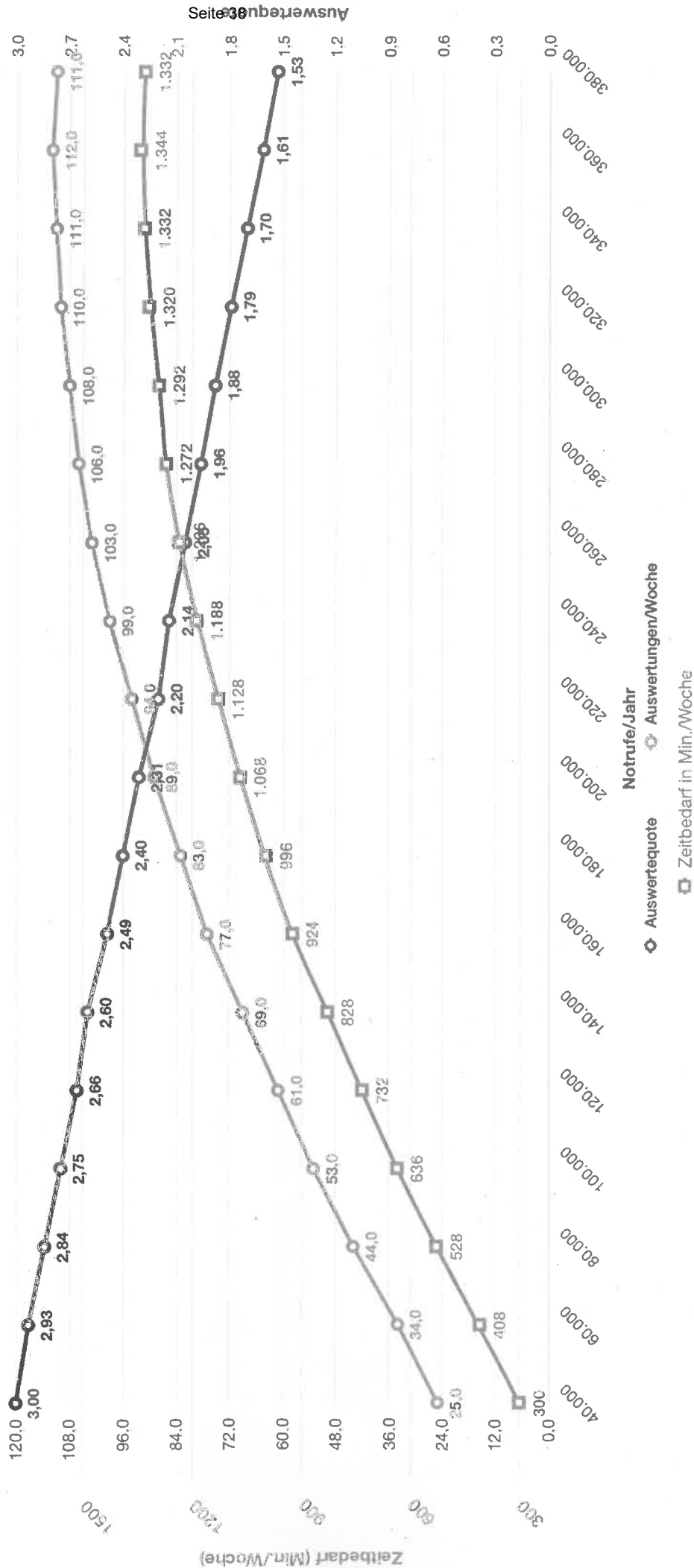
Umsetzung und Wirtschaftlichkeit

Die Etablierung einer weiterentwickelten SSN, die das zunehmend breitere Spektrum von Hilfeersuchen umfasst, bedeutet in Anbetracht der sehr heterogenen Leitstellenstruktur in Niedersachsen eine große Herausforderung, sodass die Umsetzung unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gegebenheiten und vorhandener technischer und personeller Ressourcen erfolgen muss und nur schrittweise erfolgen kann. Der LARD empfiehlt daher zur Nutzung von Synergien die trägerübergreifende Absprache und Zusammenarbeit und wird den weiteren Entwicklungsprozess der Neuausrichtung von Leitstellen einschließlich der SSN in Niedersachsen weiter begleiten und die Träger bei der Umsetzung beraten, um u. a. die Interoperabilität aller in Niedersachsen eingesetzten Systeme zu gewährleisten. Auf diese Weise wird die hochwertige und effiziente Bearbeitung von Hilfeersuchen in Niedersachsen in der Zukunft sichergestellt.

Diese Empfehlung ersetzt die veröffentlichte Empfehlung „Landesausschuss Rettungsdienst“ nach § 13 NRettdG; Projekt „Strukturierte und standardisierte Notrufabfrage, Erste-Hilfe-Anleitungen und Telefonreanimation“ Bek. d. MI v. 27. 10. 2014 – 36.42-41576-10-13/0 –. Sie kann inhaltlich identisch jedoch in anderer Darstellung auch über die Website des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport auf der folgenden Seite http://www.mi.niedersachsen.de/themen/innere_sicherheit/rettungsdienste/landesausschuss-rettungsdienst-94255.html abgerufen werden.

Anlage zu "Anforderungen an eine SSN in den Leitstellen Niedersachsens"

Zusammenhang zwischen Notrufhäufigkeit/Jahr, Auswertequote, Auswertungen/Woche und Zeitbedarf/Woche (12 Min./Auswertung)



B. Ministerium für Inneres und Sport

Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; „Transport heimbeatmeter Patienten“

**Bek. d. MI v. 16. 8. 2018
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird die vom Landesausschuss beschlossene Empfehlung zum Transport heimbeatmeter Patienten bekannt gemacht (**Anlage**).

— Nds. MBl. Nr. 36/2018 S. 1079

Anlage

Empfehlung des Landesausschusses Rettungsdienst zum Transport von heimbeatmeten Patienten (16. 8. 2018)

Der Gesundheitszustand von heimbeatmeten Patienten ist sehr unterschiedlich. Er reicht vom vital stabilen, orientierten Gehfähigen bis zum bettlägerigen Schwerbehinderten mit instabilen Vitalfunktionen, deren Atmung teilweise oder vollständig von einer Heimbeatmung abhängig ist. Bei vital bedrohlichen Situationen steht die umgehende rettungsdienstlich-notärztliche Versorgung im Vordergrund, bei nicht dringlichen Transporten sollte eine vorherige Planung mit näherer Klärung der Umstände erfolgen.

Technische Voraussetzungen für das Transport-/Rettungsmittel sind eine genormte Universalhalterung für die Heimbeatmungsgeräte, eine geeignete Energieversorgung mit 230 V und eine ausreichende Sauerstoffbevorratung. Ein bei dem Patienten zu Hause bzw. in der abgebenden Einrichtung vorhandener Reserve-Akku sollte mitgenommen werden.

Für die Patienten ist es grundsätzlich am besten, wenn sie während des Transportes nicht an ein anderes Beatmungsgerät angeschlossen werden müssen, sondern das auf sie eingestellte Heimbeatmungsgerät während des Transportes nutzen.

Heimbeatmungsgeräte gehören in der Regel zu den Medizinprodukten der Klasse 1 und erfordern eine qualifizierte Einweisung nach der MPBetreibV. Diese wird für das Rettungsdienstpersonal in der Regel nicht durchführbar sein. Deshalb ist es besser, dass die Patienten von Angehörigen oder einer Pflegekraft, die den Patienten zu Hause oder in der abgebenden Einrichtung betreut, begleitet werden können, denn diese sind in die Bedienung der Heimbeatmungsgeräte eingewiesen.

Sofern eine Begleitung des Patienten durch nicht-rettungsdienstliche Pflegekräfte angezeigt ist, sind die Modalitäten der Kostenübernahme inklusive des Rücktransportes der Begleitperson im Einzelfall zu klären. Hierzu müssen sich der Rettungsdienst, das Pflegeheim oder die Angehörigen zu Hause vorher mit dem Kostenträger (z. B. Kranken- bzw. Pflegekasse) des Patienten in Verbindung setzen.

Sofern die Begleitung im Auftrag des Arbeitgebers der Begleitkraft, also in Ausübung des Beschäftigungsverhältnisses, erfolgt, besteht ein Unfallversicherungsschutz im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung.

Um dem Patienten mit seinem komplexen Gesundheitszustand gerecht zu werden, ist eine strukturierte Abfrage durch die Leitstelle notwendig (**Anlage 1**). Nur so kann das hierfür geeignete Transportmittel disponiert werden. Die Problematik der Anwendung des Heimbeatmungsgerätes gemäß der MPBetreibV lässt sich am besten durch die Mitnahme einer betreuenden Pflegekraft bzw. eines Angehörigen, die oder der das Heimbeatmungsgerät bedient, lösen. In der Matrix „Transport von heimbeatmeten Patienten“ (**Anlage 2**) sind die Patientenzustände als Abfrageergebnis der Leitstelle den bei der Disposition von Rettungsmitteln zu berücksichtigenden Umständen und zu disponierenden Rettungsmitteln gegenübergestellt.

Abfrage-Algorithmus für die Leitstelle bei Transportanforderungen für Heimbeatmungs-Patienten

Bei vitaler Bedrohung nach SSN unmittelbare NEF-RTW Disposition!

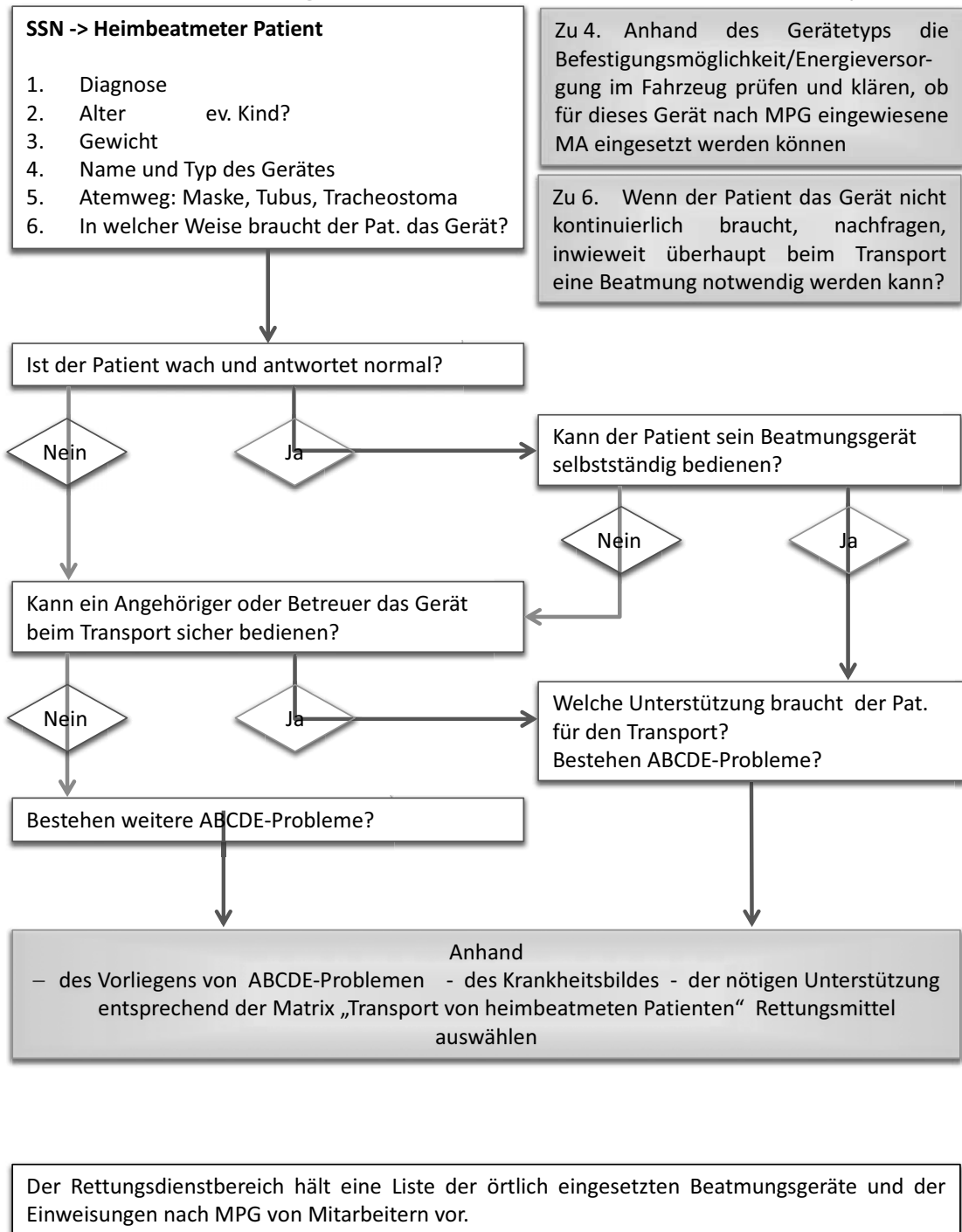


Abbildung 1: Abfrage-Algorithmus Leitstelle

Ergebnis der strukturierten und standardisierten Notrufabfrage	Begleitung durch Pflegekraft/ eingewiesene Angehörige	A/B-Technik zum Transport	Rettungsmittel	Klärung erforderlich! MPG-Einweisung/ Qualifikation?
Akute vitale Bedrohung (akutes ABC-Problem) aufgrund/mit unzureichender Versorgung durch das Heimbeatmungsgerät	nicht erforderlich, da Geräte des RD eingesetzt werden	Notfallrespirator mit NIV /CPAP (DIN NEF)	RTW + NEF / RTH	nein
Akute vitale Bedrohung (akutes ABC-Problem) mit ausreichender Versorgung durch das Heimbeatmungsgerät (von der Beatmung unabhängige Erkrankung), Patient kann das Gerät nicht selbst bedienen	nicht möglich	Notfallrespirator mit NIV /CPAP (DIN NEF)	RTW + NEF / RTH	ja
	möglich			nein
Keine vitale Bedrohung (kein ABC-Problem), aber der Patient benötigt aufgrund seiner Erkrankung(en) die Personalqualifikation und/oder Ausstattung eines RTW, Patient kann sein Beatmungsgerät nicht selbst bedienen	nicht möglich	Notfallrespirator (DIN RTW)	RTW	ja
	möglich		RTW	nein
Keine vitale Bedrohung (kein ABC-Problem), keine die Personalqualifikation und/oder Ausstattung eines RTW, aber die eines KTW erfordernde Erkrankung, Patient kann sein Beatmungsgerät nicht selbst bedienen	nicht möglich	Spontan / Sauerstoffinhalation	KTW	ja
	möglich		KTW	nein
Keine vitale Bedrohung (kein ABC-Problem), keine die Personalqualifikation und/oder Ausstattung eines RTW, aber die eines KTW erfordernde Erkrankung, Patient ist fähig, sein Beatmungsgerät selbst zu bedienen	nicht nötig	Spontan / Sauerstoffinhalation	KTW	nein
Keine vitale Bedrohung (kein ABC-Problem), keine die Personalqualifikation und/oder Ausstattung eines RTW oder eines KTW erfordernde Erkrankung, Patient ist wach und fähig, sein Beatmungsgerät selbst zu bedienen	nicht nötig		Taxi/Mietwagen	

Abbildung 2: Matrix „Transport von heimbeatmeten Patienten“

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
„Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst“**

**Bek. d. MI v. 23. 11. 2018
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ wird die vom Landesausschuss beschlossene Empfehlung zu Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst (**Anlage**) bekannt gemacht.

— Nds. MBl. Nr. 42/2018 S. 1454

Anlage

**Empfehlung des Landesausschusses Rettungsdienst (LARD)
in Zusammenarbeit mit dem
Landesgesundheitsamt Niedersachsen (NLGA)
zu Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst
(Stand: 23. 11. 2018, Revision 2020)**

1. Vorbemerkungen und Ziele

Sowohl in der Notfallrettung als auch im Krankentransport müssen Keimverschleppungen, Infektion der Patienten und Gefährdung des Rettungsdienstpersonals durch geeignete Maßnahmen verhindert werden. Durch Hygienepläne sind die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen und Maßnahmen verbindlich vorzugeben. Diese sollen mit dem Ziel der Aktualisierung regelmäßig überarbeitet und in Inhalt und Form so erstellt werden, dass eine schnelle, sichere und der Situation angemessene Information für die Mitarbeiter gewährleistet ist. Dazu sind auch in vorzugebenden Intervallen entsprechende Schulungen der Anwender notwendig. Im Vergleich zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Arzt- und sonstige Praxen humanmedizinischer Heilberufe) bestehen für den Rettungsdienst, der auch als Bindeglied zwischen medizinischen Versorgern tätig wird, spezifische Anforderungen und Schwerpunkte:

- zeitliche Dringlichkeit und hohe Priorität notfallmedizinischer Maßnahmen mit oft unbekanntem Keimbesiedlungs-, Infektions- und Immunstatus der zu versorgenden Patienten (insbesondere in der Notfallrettung),
- Sicherstellungsauftrag mit Notwendigkeit, nach einem Patiententransport zügig durch die Leitstelle planbare Einsatzbereitschaft wiederherzustellen,
- für die Mitarbeiter meist kurzfristige, oft wechselnde Patientenkontakte mit einer Vielzahl von Einsatzsituationen und Erkrankungen/Verletzungen,
- oft unvorhergesehener Kontakt mit Blut und Körpersekreten von Patienten,
- hohe Personalvariabilität mit sehr unterschiedlichen Kenntnissen und Erfahrungen in infektiologisch relevanten Einsatzsituationen,
- häufiges Handeln im öffentlichen Raum mit hoher Außenwirkung.

Hygienepläne und Verfahren, die ihren originären Schwerpunkt in der klinischen Anwendung sehen, berücksichtigen diese Umstände nur mit geringerer Priorität.

Unter ausdrücklichem Hinweis auf die grundsätzlichen Ausführungen in vielen verfügbaren Hygieneplänen für den Rettungsdienst (z. B. „Rahmenhygieneplan für Rettungs- und Krankentransportdienste“ des Länder-Arbeitskreises zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG) soll die vorliegende, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft erarbeitete Empfehlung insbesondere eine schnelle, übersichtliche, praktikable und dennoch ausreichend detaillierte Information für das Einsatzpersonal des Rettungsdienstes in Form einer farbcodierten, tabellarischen Auflistung der häufigsten im Rettungsdienst vorkommenden Infektionen bzw. Erreger schaffen. Das Prinzip der Umsetzung ist eine risikoadaptierte Gruppierung der erforderlichen Schutz- und Hygienemaßnahmen und Zuordnung zu möglichst wenigen Desinfektionsverfahren (s. u.) und Desinfektionsausführungen (s. u.), um Anwendungvereinfachung, Vereinheitlichung und damit Anwendungssicherheit durch Fehlerminimierung zu erreichen.

Die im Hygieneplan des jeweiligen Rettungsdienstbereiches notwendigen Ausführungen, Vorgaben und Hinweise zu Risikobewertung, Arbeitsschutzmaßnahmen (persönliche Schutzausrüstung), Hygienemanagement, Verantwortlichkeiten, Durchführung der Standardhygienemaßnahmen (Reinigung,

Desinfektion, Sterilisation, Abfallentsorgung) werden durch die vorliegende Empfehlung nicht ersetzt und müssen weiterhin ggf. unter Nutzung der verfügbaren Empfehlungen und Muster erstellt werden.

Die unter 2. folgenden Ausführungen richten sich vorrangig an die für die Erstellung und Umsetzung des Hygieneplans verantwortlichen Personen im Rettungsdienst. Sie bieten Hintergrundinformationen und erklären die Prinzipien, Merkmale und die Systematik, die dieser rettungsdienstspezifischen Empfehlung zugrunde liegen. Es wird den Verantwortlichen damit eine Anleitung zu den notwendigen Entscheidungen und Vorbereitungen bei der Umsetzung der Empfehlung gegeben.

Folgende Ziele sollen realisiert werden:

- eindeutige und gute Verständlichkeit zur schnellen Orientierung,
- Sicherheit in der Anwendung,
- schnelles Wiederherstellen der Einsatzbereitschaft,
- Standardisierung im Rettungsdienstbereich,
- Sicherung des Standes der Wissenschaft.

Daher kommen in der Umsetzung folgende Prinzipien zur Anwendung:

- Reduzierung der Auswahlmöglichkeiten bei den Hygiene- und Schutzmaßnahmen (Ausrüstungen, Vorgehensweisen, Desinfektionsmittel) auf das Notwendige und Praktikable,
- Zusammenfassung von Maßnahmen,
- Verzicht auf allein historisch begründete, wissenschaftlich nicht belegte Vorgehensweisen,
- Auswahl von Desinfektionsmitteln und -verfahren, die eine schnelle Wiedereinsatzbereitschaft der Rettungsmittel ermöglichen.

Das 3. Kapitel dieser Empfehlung bildet die „Farbcodierte Maßnahmenentabelle für ausgewählte Infektionskrankheiten und -erreger“. Sie ordnet die in Kapitel 2 erläuterten Prinzipien den einzelnen Infektionskrankheiten und -erregern zu und soll für das Einsatzpersonal im Rettungsdienst die konkrete Vorgabe (Handlungsanweisung der Verantwortlichen) in der Einsatzsituation darstellen. Für die Rettungsleitstelle kann die Tabelle als Informationsgrundlage bei Disposition der Rettungsmittel (u. a. Einschätzung der Dauer bis zum Wiederherstellen der Einsatzbereitschaft) dienen.

2. Prinzipien, Merkmale und Systematik der Empfehlung

2.1 Desinfektionsverfahren

Bei den in den Rettungsmitteln (RTW und KTW) umzusetzenden Flächendesinfektionsmaßnahmen sind anhand der von den Desinfektionsmittelherstellern herausgegebenen Produktinformationen, Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen die umzusetzenden Maßnahmen des Arbeitsschutzes bzw. der Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) festzulegen und einzuhalten. Es sollen im Sinne einer rationellen und sicheren Vorgehensweise möglichst wenige verschiedene Mittel, Konzentrationen und Einwirkzeiten zum Einsatz kommen. Dieses wird durch eine Zusammenfassung von Ansprüchen an die Wirkung des Desinfektionsmittels zu maximal 3 Verfahrensvarianten erreicht. Als „Verfahren“ wird dabei die Kombination von Mittel, Konzentration, Einwirkzeit und Methode (Wischdesinfektion) bezeichnet. In dieser Empfehlung werden folgende 3 Verfahren der Flächendesinfektion unterschieden:

- A = normaler Wirkungsanspruch (bakterizid, levurozid, begrenzt viruzid),
- B = hoher Wirkungsanspruch (zusätzlich: fungizid, mykobakterizid, viruzid),
- C = höchster Wirkungsanspruch (zusätzlich: sporizid).

In Tabelle 1 sind die Wirkungsansprüche an Flächendesinfektionsmittel aufgeführt, die entsprechenden Prüfnormen benannt und den möglichen Verfahren A, B, C zugeordnet. Die Desinfektionsmittel mit der entsprechenden Konzentration und Einwirkzeit für die einzelnen Verfahren sind so wählen, dass die Desinfektion schnell, sicher, gut praktikabel und materialschonend erfolgt. Ferner ist zu gewährleisten, dass die Verfahren die Gesundheit der Patienten und des Personals nicht beeinträchtigen (z. B. durch Allergisierung, Haut- und Schleimhautreizungen) und die Forderungen des Biozidprodukte- und des Medizinprodukterechts Berücksichtigung finden. Es ist durchaus möglich, ein Desinfektionsmittel mit unterschiedlicher Konzentration und/oder Einwirkzeit in 2 Verfahren zu verwenden.

Tabelle 1: Wirkungsansprüche an Flächendesinfektionsmittel

Wirkungs-Anspruch	Wirkungs-spektrum	Prüf-normen ¹⁾	Verfahren		
			A	B	C
bakterizid	vegetative (lebende) Bakterien	EN 1040 EN 13727	X	X	X
levurozid	Hefepilze	EN 13624	X	X	X
fungizid	Hefepilze und Schimmelpilze	EN 13624		X	X
mykobakterizid	Mykobakterien incl. Tuberkuloseerreger	EN 14348		X	X

Wirkungs-Anspruch	Wirkungs-spektrum	Prüf-normen ¹⁾	Verfahren		
			A	B	C
sporizid	bakterielle Dauerformen (Sporen)	EN 14347			X
begrenzt viruzid	behüllte Viren	EN 14476	X	X	X
begrenzt viruzid Plus	behüllte Viren + Noro-, Rota- und Adeno-Viren	EN 14476		X	X
viruzid	behüllte + unbehüllte Viren	EN 14476		X	X

¹⁾ Im Rahmen dieser Empfehlung wird nur auf die Europäischen Normen Bezug genommen. Es steht frei, sich auch auf nationale Normen, wie DIN- oder DVG-Normen zu beziehen.

2.2 Anforderungen an Desinfektionsverfahren, Kriterien für die Auswahl von Wirkstoffen und Methoden der Anwendung

In Tabelle 2 sind detailliert für die Desinfektionsverfahren mit normalem, hohem und höchstem Wirkungsanspruch die zu stellenden Anforderungen aufgeführt. Damit können die für die Erstellung des Hygieneplans im Rettungsdienstbereich Verantwortlichen die bei den jeweiligen Verfahren einzusetzenden Desinfektionsmittel unter Beachtung der grundsätzlichen Forderungen, des erforderlichen Wirkungsspektrums und der empfohlenen Konzentrationen und Einwirkzeiten auswählen und festlegen. In der Maßnahmentabelle im Kapitel 3 sind die bei den verschiedenen Infektionskrankheiten und -erregern einzusetzenden Desinfektionsmaßnahmen benannt.

Tabelle 2: Anforderungen an Desinfektionsverfahren

	A/normaler Wirkungsanspruch	B/hocher Wirkungsanspruch	C/höchster Wirkungsanspruch
Grundsätzliche Forderungen	– Verwendung aldehydfreier Desinfektionsmittel – Beachtung europäischer Normen – Sicherung einer umfassenden Materialverträglichkeit, bescheinigt durch entsprechende Desinfektionsmittelfreigaben der Hersteller der zu desinfizierenden Gegenstände und Flächen oder der Desinfektionsmittelhersteller. – Die Mittel sollen möglichst keine Rückstände bilden (sog. „Aufziehverhalten“), die ein intervallmäßiges Entfernen nötig machen. – Bei allen Flächendesinfektionsmaßnahmen sind anhand der herstellereitigen Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen die umzusetzenden Maßnahmen des Arbeitsschutzes bzw. der GefStoffV festzulegen und einzuhalten.		
Erforderliches Wirkungsspektrum (siehe Tabelle 1)	Bakterizid, levurozid, begrenzt viruzid, belegt durch Gutachten des Herstellers.	+ fungizid, mykobakterizid, viruzid, belegt durch Gutachten des Herstellers.	+ sporizid, belegt durch Gutachten des Herstellers.
Beispiele einzusetzender Wirkstoffe	Alkohole, alternativ auch quartäre Ammoniumverbindungen (QAV), Alkylamine, Alkylaminderivate oder Peroxidverbindungen.	Peroxidverbindungen, alternativ auch quartäre Ammoniumverbindungen (QAV), Alkylamine oder Alkylaminderivate.	Peroxidverbindungen
Listungen	Optional VAH-Desinfektionsmittelliste ¹⁾	Optional VAH-Desinfektionsmittelliste plus Optional IHO-Viruzidieliste ²⁾	RKI-Desinfektionsmittelliste ³⁾
Empfohlene Konzentration (Konz.) und Einwirkzeit (EWZ)	Die mittels Konzentrat oder hergestellten Desinfektionslösungen sollen (je Wirkungsanspruch) auf eine Einwirkzeit von max. 60 Min. (besser 15 oder 30 Min.) abgestimmt sein. – Alkoholische Desinfektionsmittel werden grundsätzlich unverdünnt angewendet und haben i. d. R. eine kurze EWZ (Herstellerrangaben beachten!) – Bei Mischlösungen kann hier Konz. und EWZ z. B. mittels der VAH-Liste festgelegt werden.		
Methoden	– Die Flächendesinfektion erfolgt als Wischdesinfektion. – Eine Verneblung von Wirkstoffen ersetzt nicht die Wischdesinfektion und kann deswegen allenfalls zusätzlich zur Wischdesinfektion erfolgen⁴⁾. Vorgetränkte Tücher (sog. „Wipes“ oder „Tissues“) erleichtern die Durchführung der Flächendesinfektion. Wiederverwendbare Wipe-Behälter sind gemäß den Herstellervorgaben aufzubereiten. Die betreffenden Maßnahmen sind in den Reinigungs- und Desinfektionsplan aufzunehmen.		

¹⁾ Desinfektionsmittelliste des Verbundes für Angewandte Hygiene e.V. mit Aussagen für die routinemäßige und prophylaktische Desinfektion. Link: <https://vah-online.de/de/>. Nach Registrierung kann die Liste kostenfrei genutzt werden.

²⁾ Desinfektionsmittelliste des Industrieverbandes Hygiene u. Oberflächenschutz für industrielle u. institutionelle Anwendung e.V. mit Aussagen zur Viruswirksamkeit von Desinfektionsmitteln. Link: <http://www.iho-viruzidie-liste.de/Home/Page/1>.

³⁾ Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren mit Aussagen zu behördlich angeordneten Desinfektionsmaßnahmen. Diese Liste soll nur zur Auswahl der Mittel, nicht zur Festlegung von Konz. und EWZ im Rettungsdienst in Hygiene- bzw. Reinigungs- und Desinfektionsplänen herangezogen werden. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Downloads/BGBI_60_2017_Desinfektionsmittelliste.pdf?blob=publicationFile.

⁴⁾ Siehe VAH-Veröffentlichung „Fragen und Antworten zu Maßnahmen der Antiseptik und der chemischen Desinfektion“ Seite 35 (Download unter https://vah-online.de/files/download/VAH_Fragen_und_Antworten.pdf). Das RKI ist der Auffassung, dass die Raumdesinfektion als eine Ergänzung zur Wischdesinfektion anzusehen ist (siehe Punkt 3.3 der RKI-Liste).

2.3 Desinfektions-Ausführungen

Die Flächendesinfektion im Rettungsmittel wird ausschließlich in den Ausführungen „Kontaktflächendesinfektion“ und „Volldesinfektion“ umgesetzt. Indikationen für die jeweilige Ausführung und die bei der Ausführung zu beachtenden Hinweise sind unter 2.3.1 und 2.3.2 aufgeführt.

2.3.1 Kontaktflächendesinfektion

- Die Durchführung als Routinemaßnahme erfolgt direkt nach jedem Einsatz und
- bei Infektionstransporten (auch bei MRSA-, 3MRGN-, VRE-Besiedlung), bei denen eine umfangreiche Flächenkontamination nicht gegeben oder anzunehmen ist.
- Je nach Erreger können Desinfektionsmittel und Konzentrationen der Verfahren A, B oder C zur Anwendung kommen, bei den weitaus meisten Indikationen das Verfahren A.
- Desinfiziert werden nur die Flächen bzw. Geräte, die durch Patientenkontakt oder Freisetzung von Biostoffen kontaminiert wurden oder kontaminiert sein könnten.
- Offensichtliche Kontaminationen (z. B. Sputumanhaftung nach Husten) werden sofort desinfizierend beseitigt, die routinemäßig erfolgende Schnelldesinfektion von Kontaktflächen erfolgt nach der Patientenübergabe direkt vor Ort.
- Die Kontaktflächendesinfektion erfolgt als Wischdesinfektion.
- Die routinemäßig nach jeder Fahrt bzw. nach jedem Gebrauch zu desinfizierenden Flächen, Gegenstände und Geräte sind im Hygieneplan bzw. in einem Reinigungs- und Desinfektionsplan zu listen. Je nach Sachverhalt und Situation ist vor Ort zu entscheiden, ob darüber hinaus weitere Flächen zu desinfizieren sind.
- Gemäß den Empfehlungen der KRINKO²⁾ und der VAH³⁾ können bei dieser Ausführung die desinfizierten Flächen benutzt werden, sobald sie trocken sind. **Ein Abwarten der Einwirkzeit ist im Rahmen der Kontaktflächendesinfektion nicht notwendig und soll daher unterbleiben!**

2.3.2 Volldesinfektion (Aufbereitung des gesamten Patientenraumes)

- Die Durchführung erfolgt als Routinemaßnahme in festen Intervallen. Dabei ist ein 4-wöchiges Intervall unter der Voraussetzung als sachgerecht anzusehen, dass
 - der Patientenraum regelmäßig gereinigt und
 - die routinemäßige Kontaktflächendesinfektion nach jedem Einsatz gemäß 2.3.1 konsequent umgesetzt wird.
- Als Indikationsmaßnahme wird die Volldesinfektion bei Infektionstransporten mit besonderer Gefährdungslage und bei belegbarer Indikation durchgeführt.
- Für jede dieser Indikationen sind entsprechende Festlegungen im Hygieneplan erforderlich (siehe auch Tabelle 3).
- Je nach Erreger können Desinfektionsmittel, Konzentrationen und Einwirkzeiten der Verfahren A, B oder C zur Anwendung kommen. Je nach verwendetem Desinfektionsmittel ist es aber möglich, dass bei der Volldesinfektion nur 2 oder 1 Verfahren angewandt werden.
- Die Volldesinfektion wird im Gegensatz zur Kontaktflächendesinfektion an der Rettungswache durchgeführt, wobei das Fahrzeug erst nach Abwarten der Einwirkzeit (max. 60 Min., s. o.) wieder einsatzbereit ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die EWZ und Konzentration sich nur dann an der RKI-Liste orientieren sollen, wenn die ent-

sprechende Desinfektionsmaßnahme behördlich angeordnet wurde. Im Regelfall gelten stattdessen die jeweiligen Herstellervorgaben.

- Die Volldesinfektion erfolgt als Wischdesinfektion. Eine Desinfektion durch Verneblung wird als Ersatz der Wischdesinfektion nicht akzeptiert⁴⁾. Von verschiedenen Methoden zur Volldesinfektion ist abzurufen.
- Es werden alle Flächen innerhalb des Patientenraumes incl. der eingebauten Schränke desinfiziert. Die zu desinfizierenden Flächen und Gegenstände sind innerhalb des Hygieneplans bzw. eines Reinigungs- und Desinfektionsplans zu listen.

2.4 Schutzmaßnahmen

Für den Einsatz von Schutzmaßnahmen gelten folgende Regeln und Prinzipien, die in der Tabelle 3 umgesetzt sind:

- Vorgaben des Arbeitsschutzes hinsichtlich der persönlichen Schutzausrüstung bei jedem Einsatz (z. B. Tragen von Handschuhen bei jedem Patientenkontakt) und bei besonderem Risiko durch möglichen Kontakt mit Blut, Ausscheidungen, Sekreten, Aerosolen, insb. bei Verspritzen von Körperflüssigkeiten, sind grundsätzlich zu beachten. Hierzu gehören z. B. das Tragen einer Schutzbrille durch die Mitarbeiter, patientenseitig der Mund-Naseschutz (soweit toleriert) und ggf. „Heat and Moisture Exchanger“ (sog. HME-Filter) beim Patienten mit Tracheostoma. In der Tabelle 3 werden Schutzmaßnahmen nur bei gegebener Indikation aufgrund der Infektionskrankheit bzw. der Erregereigenschaften aufgeführt.
- Es soll kein obligatorischer Gebrauch von Schutzkitteln bei jeder Fahrt erfolgen.
- Vorrangig sollen Kittel genutzt werden, wenn Schutzkleidung erforderlich ist.
- Tragen von Overalls ist nur „besonderen Einsatzfällen“ vorbehalten, dazu sollen Sets mit Overalls, FFP3-Masken und Schutzbrillen bereitgehalten und verwendet werden.
- Infektiologische Indikationen für Schutzbrillen und FFP3-Masken sind selten gegeben.
- Es sollen keine FFP-Masken beim Patienten eingesetzt werden, ggf. MNS, sofern tolerabel.
- Zur Vereinfachung des Vorgehens wird kein Unterschied zwischen Tröpfchen- und aerogener Übertragung gemacht, und werden die verschiedenen MRE (MRSA, MRGN, VRE) gemeinsam aufgeführt.
- Es besteht kein Bedarf für besondere Schutzmaßnahmen bei Patienten mit 2MRGN- bzw. ESBL-Besiedlung

²⁾ KRINKO: „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ (2004) Punkt 5.4.2.

³⁾ VAH-Veröffentlichung „Fragen und Antworten zu Maßnahmen der Antiseptik und der chemischen Desinfektion“ Seite 35 (Download unter https://vah-online.de/files/download/VAH_Fragen_und_Antworten.pdf).

⁴⁾ Siehe VAH-Veröffentlichung „Fragen und Antworten zu Maßnahmen der Antiseptik und der chemischen Desinfektion“ Seite 35 (Download unter https://vah-online.de/files/download/VAH_Fragen_und_Antworten.pdf). Das RKI ist der Auffassung, dass die Raumdesinfektion als eine Ergänzung zur Wischdesinfektion anzusehen ist (siehe Punkt 3.3 der RKI-Liste).

Tabelle 3: Farbcodierte Maßnahmen-tabelle für ausgewählte Infektionskrankheiten und -erreger

bezugnehmend auf Angaben des Rahmenhygienepplans für Rettungs- und Krankentransportdienste des Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG/März 2011

Grün = der Standardhygiene entsprechend

Gelb = von Standardhygiene abweichend

Rot = besondere Gefährdungssituation

In der Tabelle werden Standardmaßnahmen des Arbeitsschutzes (PSA) wie Tragen von **Schutzhandschuhen** bei jedem Patientenkontakt und Schutzmaßnahmen bei besonderem Risiko durch Exposition gegenüber Blut, Ausscheidungen, Sekreten, Aerosolen, insb. bei Verspritzen von Körperflüssigkeiten (**Schutzbrille**, ggf. **MNS** für den Pat. bzw. „Heat and Moisture Exchanger“ (HME) beim Stomatoträger) nur aufgeführt, wenn sie aufgrund der Infektionskrankheit bzw. Erregereigenschaften indiziert sind. Mit gebrauchter, verschmutzter und kontaminierter Wäsche ist nach den Vorgaben der beauftragten, zugelassenen Wäscherei zu verfahren! In Niedersachen bestehen keine gesetzlichen Vorgaben zur notwendigen Qualifikation bei der Durchführung von Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen im Rettungsdienst, daher wird der Begriff „Hygienebeauftragter (HB)“ verwendet.



Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz			Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)			Pat.	Ausführung	
3- oder 4MRGN		siehe MRGN-Infektion oder -Kolonisation, bei 2 MRGN keine Änderungen der Basishygiene						
Acinetobacter-Infektion bzw. -Kolonisation		Frage, ob Harnwegs-, Atemwegs- oder Wundinfektion oder Sepsis (siehe dort); evtl. multiresistent (siehe MRE)						
Adenovirus-Infektion		Frage, ob Atemwegsinfektion, Enteritis infectiosa viral, Konjunktivitis oder Meningoenzephalitis (siehe dort)						
Affenpocken		siehe Hochkontagiöse Infektionskrankheit						
AIDS (nur im Vollbild mit durch Immunsuppression bedingter multipler Keimbildung/Infektion!)/Erkrankung des Immunsystems durch HIV-Viren		Blut, Körperflüssigkeiten, hämatogen, iatrogen, aerogen, aerogen						
Anthrax		siehe Milzbrand; wenn Lungenmilzbrand: siehe Hochkontagiöse Infektionskrankheit						
Aspergillose/eine Form der Lungenentzündung (Pneumonie) durch <i>Aspergillus fumigatus</i> (Pilz)		in der Luft befindliche Pilzsporen						
Atemwegsinfektion/unterschiedliche Erreger bzw. Erreger unbekannt		respiratorische Sekrete						
Borreliose (Lyme-Borreliose)/systemische Infektionskrankheit durch <i>Borrelia burgdorferi</i> (Bakterium)		Zeckenstich/keine Übertragung von Mensch zu Mensch/keine Gefahr für Personal						

Seite 45

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz			Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)			Pat.	Ausführung	
<i>Botulinus</i> /Lebensmittelvergiftung durch <i>Clostridium botulinum</i> (sporenbildendes Bakterium)	verdorbene Lebensmittel	durch botulinustoxinhaltige Lebensmittel/keine Gefahr für Betreuende					Kontaktoflächen	A
<i>Candida</i> -Infektion (Candidiasis)/meist Hautinfektion durch <i>Candida albicans</i> (Pilz)	je nach Lokalisation	meist endogen, auch Schmierinfektion mögl.					Kontaktoflächen	A
Cholera/Darminfektion mit systemischen Auswirkungen durch <i>Vibrio cholerae</i> (Bakterium)	Stuhl	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte					Volldesinfektion	A GA HB
<i>Clostridium-difficile</i> -Infektion (CDI) oder CDAD)/Darminfektion durch <i>Clostridium-difficile</i> (sporenbildendes Bakterium)	Stuhl	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte					Kontaktoflächen falls Kontamination mit Fäkalien: Volldesinfektion	C
Coronavirus-Infektion	Frage, ob Atemwegsinfektion oder Enteritis infectiosa viral (siehe dort)							
Coxsackievirus-Infektion	Frage, ob Atemwegsinfektion, Enteritis infectiosa viral oder Konjunktivitis (siehe dort)							
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJD bzw. CJK, vCJK)/Erkrankung des Nervensystems durch Prionen wie auch BSE, Kuru (infektiöse Eiweißpartikel)	Liquor, lymphatisches Gewebe	sporadisch, genetisch, iatrogen/keine Gefahr für Personal					Kontaktoflächen	A
Diphtherie/Lokale (Mund-Rachen-Raum) oder allgemeine Erkrankung (innere Organe) durch <i>Corynebacterium diphtheriae</i> (Bakterium)	Atemwegs- und Wundsekrete	aerogen, evtl. direkte oder indirekte Kontakte					Volldesinfektion	A GA HB
Ebola-Infektion	siehe Hochkontagiose Infektionskrankheit							
Echovirus-Infektion	Frage, ob Atemwegsinfektion, Enteritis infectiosa viral oder Meningoenzephalitis (siehe dort)							
<i>Escherichia Coli</i> -Infektion	Frage, ob Enteritis infectiosa bakteriell, Wund-, Harnwegs- oder Atemwegsinfektion oder Sepsis (siehe dort); evtl. multiresistent (siehe MRE)							
EHEC-, ETEC-, EIEC-Infektion	siehe Enteritis infectiosa bakteriell oder HUS							















Schutzhandschuhe
Arbeitsschutz

Schutzkittel

Schutzoverall

Schutzmaske

Schutzbrille

ggf. / evtl.

Infektionsmüll
(AS180103)



HB

GA

*

Kontaktaufnahme Hygienebeauftragter Gesundheitsamt

wenn tolerabel

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz			Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)		Pat.	Ausführung	Verfahren	
Enteritis infectiosa bakteriell (außer Typhus, Paratyphus)/Infektion des Verdauungstraktes durch bakterielle Erreger (z. B. Salmonellen, Campylobacter)	Stuhl, Erbrochenes	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktf Flächen	A	
Enteritis infectiosa viral oder Erreger unbekannt/Infektion des Verdauungstraktes durch virale Erreger (z. B. Noro-, Rota- oder Adenoviren)	Stuhl, Erbrochenes	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktf Flächen	B	
Enterokokken- oder Enterobacter-Infektion	Frage ob Enteritis infectiosa bakteriell, Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion, Sepsis (siehe dort); evtl. multiresistent (siehe MRE)							
Enzephalitis	siehe Meningoenzephalitis							
Erysipel (Wundrose)/Bakterielle Hautinfektion mit Streptokokken der Gruppe A (Bakterien)	Wundsekret	direkte und indirekte Kontakte				Kontaktf Flächen	A	
ESBL-(Extended spectrum beta-lactamase) Bakterien	siehe MRE							
Flohbefall	keine	körperliche Kontakte				Kontaktf Flächen	A	
FSME-Infektion	keine	Zeckenstich/keine Übertragung von Mensch zu Mensch/keine Gefahr für Personal				Kontaktf Flächen	A	
Gasbrand/eine Art Wundinfektion meist durch <i>Clostridium perfringens</i> (sporenbildendes Bakterium)	Wundsekret, Eiter, Stuhl	Übertragung infolge Verletzung oder intraoperativ/keine Gefahr für Personal				Kontaktf Flächen	C	
Gastroenteritis	siehe Enteritis infectiosa bakteriell oder viral							
Gürtelrose (Zoster)/lokale Form einer Infektion mit Varizella-Zoster-Viren	Initialinfektion erfolgt aerogen (Windpocken) Sekret virushaltiger Bläschen oder Krusten	Aerogen, direkte und indirekte Kontakte				Kontaktf Flächen	A	Immunschutz des Personals!

Seite 47



Schutzhandschuhe
Arbeitsschutz Infektionsschutz



Schutzmittel



Schutzoverall



Schutzmaske



Schutzbrille



ggf. / evtl.



Infektionsmüll
(AS180103)



Kontaktaufnahme Hygienebeauftragter Gesundheitsamt wenn tolerabel

HB

GA

*

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz				Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)			Pat.	Ausführung	Verfahren	
Harnwegsinfektion/Infektion der ableitenden Harnwege wie Zystitis oder Urethritis/verschiedene Bakterien, ggf. multiresistent (siehe dort)	Urin	Direkte und indirekte Kontakte					Kontaktoflächen	A	
Hepatitis A oder E/infektiöse Leberentzündung mit Hep. A- oder E-Viren	Stuhl, Urin	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte					Kontaktoflächen	B	
Hepatitis B, C, D oder G/infektiöse Leberentzündung mit Hepatitis B-, C-, D- oder G-Viren	Blut, Körperflüssigkeiten	hämatogen, iatrogen, u. a. infolge Nadelstichverletzung					Kontaktoflächen	A	Personal sollte HBV-Impfschutz haben, ggf. PEP  nur wenn massiv mit Blut kontaminiert
HIV-Infektion/Erkrankung des Immunsystems durch HIV-Viren; zur Erkrankung AIDS siehe dort	Blut, Körperflüssigkeiten	hämatogen, iatrogen					Kontaktoflächen	A	Bei Nadelstichverletzung: PEP
Hochkontagiöse Infektionskrankheit wie Affenpocken, Hämmorrhagisches Fieber, Lungenpest, SARS, Lungenmilzbrand durch unterschiedliche Bakterien oder Viren	Unterschiedliche Substanzen	Unterschiedliche Übertragungswege					Volldeinfektion	C	GA HB  Details siehe Hygieneplan
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom)/Infektion, die zu einer Schädigung der Blutzellen, Blutgefäße und Nieren führt/verursacht durch E.coli-Stämme wie EHEC, EIEC oder ETEC	Stuhl, Erbrochenes	kontaminierte Lebensmittel, fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte					Kontaktoflächen	A	
Influenza („Grippe“)/systemische Virusinfektion mit unterschiedlichem Verlauf und Schweregrad verursacht durch verschiedene Influenza-Viren	Atemwegssekrete	aerogen, direkte und indirekte Kontakte					Kontaktoflächen	A	Bitte auf die aktuellen Infos des RKI & NLGA achten.

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz			Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)			Pat.	Ausführung	
Impetigo contagiosa/Lokale Hautinfektion durch Staphylokokken oder Streptokokken (Bakterien)	Eiter, Wundsekret	direkte und indirekte Kontakte					Kontaktflächen	A
Keuchhusten	siehe Pertussis							
Klebsiella-Infektion oder -Kolonisation	Frage, ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion oder Sepsis (siehe dort); evtl. multiresistent (siehe MRE)							
Konjunktivitis/Bindehautentzündung durch Bakterien (z. B. Chlamydien, Neisserien, Pseudomonaden) o. Viren (z. B. Adeno-, Coxsackie-, Herpesviren)	Tränen, Eiter	direkte und indirekte Kontakte					Kontaktflächen	B
Krätze	siehe Skabies							
KRIM-Kongo-Fieber	siehe Hochkontagiöse Infektionskrankheit							
Kryptosporidiose/Infektion des Verdauungstraktes durch Kryptosporidien (Protozoenart)	Stuhl	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte					Kontaktflächen	A Reinigung
Läuse (Insekten)	keine	Körperliche Kontakte					Kontaktflächen	A
Lassa-Fieber	siehe Hochkontagiöse Infektionskrankheit							Seite 49
Legionellose/Lungenentzündung durch <i>Legionella pneumophila</i> (Bakterienart)	keine	Keine Übertragung von Mensch zu Mensch, keine Gefahr für Personal					Kontaktflächen	A
Lungenpest	siehe Hochkontagiöse Infektionskrankheit							
Lungenmilzbrand	siehe Hochkontagiöse Infektionskrankheit							
Lungentuberkulose	siehe Tuberkulose							
Lyme-Borreliose	siehe Borreliose							
Malaria/systemische Infektionskrankheit durch Plasmodien (Protozoenart)	keine	Mückenstich/keine Übertragung von Mensch zu Mensch/keine Gefahr für Personal					Kontaktflächen	A
Marburg-Fieber	siehe Hochkontagiöse Infektionskrankheiten							



Schutzhandschuhe
Arbeitsschutz Infektionsschutz



Schutzmittel



Schutzoverall



Schutzmaske



Schutzbrille



ggf. / evtl.



Infektionsmüll
(AS180103)



Kontaktaufnahme Hygienebeauftragter Gesundheitsamt

HB

GA

*

wenn tolerabel

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz				Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)			Pat.	Ausführung	Verfahren	
Masern/mit Hautausschlag einhergehende, systemische Infektionskrankheit durch Masern-Viren	Atemwegssekrete	aerogen/sehr hohe Ansteckungsgefahr					Volldeinfektion	B	GA HB Immunschutz Personal! Ggf. PEP
Meningitis bzw. Meningoencephalitis/Hirnhautentzündung durch Meningokokken oder andere Erreger (Bakterien oder Viren).	Mund- und Atemwegssekrete	aerogen, evtl. Kontakte					Kontaktflächen	A	GA Ggf. PEP (Chemoprophylaxe)
Milzbrand mit Ausnahme von Lungenmilzbrand/Haut oder Darminfektion mit systemischen Auswirkungen durch <i>Bacillus anthracis</i> (sporenbildendes Bakterium)	Blut, Fleisch oder Körperflüssigkeiten infizierter Tiere, sporenhaltiger Staub	direkter Kontakt mit erregershaltigen Materialien					Volldeinfektion	C	HB
Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber)/grippeähnliche Systemerkrankung durch Epstein-Barr-Viren	Mund- und Atemwegssekrete	Küssen, gemeinsame Benutzung von Trinkgefäßen/keine Gefahr für Betreuende					Kontaktflächen	A	
MRE = verschiedene multiresistente Erreger wie MRSA = multiresistente Variante von <i>Staphylococcus aureus</i> MRGN = Sammelbezeichnung für multiresistente gramnegative Bakterien, unterschieden in die Resistenzstufen 3- und 4MRGN. Bei 2MRGN bzw. ESBL genügt die Basishygiene VRE = multiresistente Enterokokken	Je nach Lokalisation unterschiedliche Körpersekrete und -exkrete wie Speichel, Urin, Wundsekret etc.	Vorrangig direkte und indirekte Kontakte, u. U. auch aerogen (z. B. beim Niesen)					Kontaktflächen Volldeinfektion nur im Ausnahmefall, d.h. bei: ☐ Kontamination des Fahrzeugs mit Biostoffen (Speichel, Urin, Fäkalien etc.)	A	Pat. soll für den Transport frische Leibwäsche tragen

- 1) Nur bei Gefahr der Exposition gegenüber einem infektiösen Aerosol (z. B. MRE-pos. Patient mit MRE-bedingter Atemwegsinfektion oder Patient mit produktivem Husten) bzw. wenn der MRE-positive Patient einen MNS nicht toleriert. Es sollen **nicht** sowohl das Personal als auch der Patient eine Maske tragen!
- 2) Nur sinnvoll, wenn eine Kolonisation bzw. Infektion des Nasen-Rachenraumes bzw. der Atemwege vorliegt. Beim MRSA ist dies meist der Fall, bei MRGN oder VRE nur in Ausnahmefällen.

Schutzhandschuhe
Arbeitsschutz

Schutzmittel

Schutzoverall

Schutzmaske

Schutzbrille

ggf. / evtl.

Infektionsmüll
(AS180103)

HB

GA

Kontaktaufnahme Hygienebeauftragter Gesundheitsamt

wenn tolerabel

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz			Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)		Pat.	Ausführung	Verfahren	
I. d. R handelt es sich bei den MRE um fakultativ pathogene Floraanteile						☐ CA-MRSA ³⁾ ☐ allen 4MRGN ☐ 3MRGN nur bei <i>Acinetobacter baumannii</i> oder <i>Klebsiella pneumoniae</i> .		
Mumps/virale Entzündung der Ohrspeicheldrüse durch Mumpsviren	Atemwegssekrete, Tränenflüssigkeit, Blut, Liquor, Urin	aerogen, evtl. direkte und indirekte Kontakte				Kontaktoflächen	A	Immunschutz des Personals!
Noro-Virus-Infektion	siehe Enteritis infectiosa viral oder Erreger unbekannt							
Ornithose (= Psittakose oder Papageienkrankheit)/Atemwegserkrankung mit grippeähnlichen Symptomen durch <i>Chlamydia psittaci</i> (Bakterienart)	kontaminierter Staub- bzw. Kotpartikel, respiratorisches Sekret	aerogen, direkter Kontakt zu infizierten Vögeln/Übertragung von Mensch zu Mensch nicht nachgewiesen/keine Gefahr für Personal				Kontaktoflächen	A	
ORSA - Infektion oder Kolonisation	siehe MRE							
Parainfluenza	siehe Influenza							
Paratyphus (A, B, C)	siehe Typhus abdominalis							
Pest	siehe hochkontagiöse Infektionskrankheiten							
Pertussis (= Keuchhusten)/Infektion mit Hustenanfällen durch <i>Bordetella pertussis</i> (Bakterium)	respiratorische Sekrete	aerogen, evtl. direkte und indirekte Kontakte				Kontaktoflächen	A	Immunschutz des Personals!
Pfeiffersches Drüsenfieber	siehe Mononukleose							
Pneumonie	siehe Atemweginfektion							
Psittakose	siehe Ornithose							

3) CA-MRSA = Community Acquired MRSA (wurde außerhalb des Gesundheitssystems erworben, Infektion/Erkrankung durch gesunde Personen möglich).

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz			Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)			Pat.	Ausführung	Verfahren
Ringelröteln (= Erythema infectiosum)/mit einem Erythem einhergehende, Infektionskrankheit durch Parvoviren; Bei RD-Transportnotwendigkeit nur Begleiterkrankung vorkommend	respiratorische Sekrete	aerogen, evtl. auch über Handkontakte, selten über Blutprodukte					Kontaktoflächen	B
Rotavirus-Infektion	siehe Enteritis infectiosa viral							
Röteln/mit einem Exanthem einhergehende Infektionskrankheit durch Rötelnviren	respiratorische Sekrete	aerogen, evtl. direkte Kontakte Gefahr für Schwangere wg. möglicher intrauteriner Fruchtschädigung					Kontaktoflächen	A
RS-Virus	siehe Atemwegsinfektion							
Ruhr	siehe Enteritis infectiosa bakteriell							
Salmonellose	siehe Enteritis infectiosa bakteriell							
SARS	siehe Hochkontagöse Infektionskrankheiten							
Scharlach/Entzündung des Mund-Rachenraumes (Sonderform ist der Wundscharlach) die <i>Streptococcus pyogenes</i> (Bakterium)	respiratorische Sekrete	aerogen					Kontaktoflächen	A
Sepsis („Blutvergiftung“)/lebensgefährliche systemische Infektion durch verschiedene, vorwiegend bakterielle Erreger	Blut oder andere Körperflüssigkeiten	meist endogen/keine Gefahr für Personal					Kontaktoflächen	A
Skabies (= Krätze)/parasitäre Hautinfektion durch Krätzmilben.	evtl. Hautschuppen	enge Körperkontakte und evtl. Kontakte mit kontaminierten Textilien					Kontaktoflächen	A
Tetanus (Wundstarrkrampf)/mit Lähmungen einhergehende Infektion durch <i>Clostridium tetani</i> (Bakterium)	Staub, Gartenerde, Stuhl, Wundsekret	meist infolge Verletzung/keine Gefahr für Personal					Kontaktoflächen	A



Schutzhandschuhe
Arbeitsschutz Infektionsschutz



Schutzmittel



Schutzoverall



Schutzmaske



Schutzbrille



ggf. / evtl.



Infektionsmüll
(AS180103)



Kontaktaufnahme



Hygienebeauftragter



Gesundheitsamt



wenn tolerabel



*

Infektionserkrankung/-erreger	Infektiöse Substanzen	Übertragung	Infektionsschutz				Desinfektion		Extras
			Personal (PSA)			Pat.	Ausführung	Verfahren	
Toxoplasmose/systemisch parasitäre Infektionskrankheit durch <i>Toxoplasma gondii</i> (Protozoe)	evtl. kontaminierte Lebensmittel	Kontakt mit Katzen o. alimentär/keine Gefahr für Personal, aber f. Schwangere wg. Abortgefahr o. intrauteriner Fruchtschädigung					Kontaktf Flächen	A	
Tuberkulose/mit Gewebseinschmelzungen einhergehende Infektionskrankheit durch <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , bei der verschiedene Organe betroffen sein und unterschiedliche Infektionsverfahren bestehen können. Hierdurch ergeben sich verschiedene Hygienemaßnahmen									
Offene Lungentuberkulose	Atemwegssekrete, kontaminierte Staubpartikel	aerogen					Volldeinfektion	B	
Geschlossene Lungentuberkulose	keine	keine					Kontaktf Flächen	A	
Tuberkulose übrige Formen (z. B. Nierentuberkulose)	je nach Lokalität: Eiter, Urin, Stuhl, Liquor, Blut, genitaler Ausfluss	iatrogen, direkte und indirekte Kontakte					Kontaktf Flächen, bei Kontamination m. Biostoffen: Volldeinfektion	B	
Typhus abdominalis/Paratyphus (A, B, C)/lebensbedrohliche Darminfektion durch <i>Salmonella typhi</i> bzw. <i>paratyphi</i> (Bakterien)	Stuhl, Erbrochenes, Blut, Urin, Eiter	fäkal-oral, direkte und indirekte Kontakte					Kontaktf Flächen falls Kontamination mit Fäkalien: Volldeinfektion	B	
VRE-Infektion oder Kolonisation									
Windpocken (Varizellen)/mit einem Exanthem einhergehende systemische Infektion durch Varizellen-Zoster-Viren, Windpocken und Gürtelrose verursachen können (siehe dort)	Atemwegssekrete, Bläscheninhalte	aerogen					Volldeinfektion	A	Immunschutz des Personals!
Wundinfektion/Erreger: meist Bakterien	Wundsekret, Blut	direkte und indirekte Kontakte, iatrogen					Kontaktf Flächen	A	
Zeckenenzephalitis									

B. Ministerium für Inneres und Sport**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Ärztliche Leitung Rettungsdienst****Bek. d. MI v. 24. 4. 2019 — 35.22-41576-10-13/0 —****Bezug:** Bek. v. 12. 1. 2009 (Nds. MBL S. 73)

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur „Ärztlichen Leitung Rettungsdienst“ in Niedersachsen bekannt gemacht (**Anlage**).

Die Empfehlungen treten am 24. 4. 2019 in Kraft. Die Bezugsbekanntmachung tritt mit Ablauf des 23. 4. 2019 außer Kraft.

— Nds. MBL Nr. 22/2019 S. 874

Anlage**Die Ärztliche Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) in Niedersachsen****Vorbemerkung**

Im Jahr 2007 wurde der Ärztliche Leiter/die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst (Ärztliche Leitung Rettungsdienst¹⁾) in den Leitungsstrukturen des Rettungsdienstes gesetzlich festgeschrieben. Inzwischen ist die ÄLRD als eine wichtige Säule zur Sicherung der notfallmedizinischen Versorgungsqualität in Niedersachsen etabliert und hat sich bewährt. Es sind neue Aufgaben für die ÄLRD hinzugekommen, sodass eine Anpassung der Empfehlungen des LARD notwendig geworden ist.

Durch das Notfallsanitätärgesetz vom 22. 5. 2013 wurde die Ausbildung zu Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern gesetzlich geregelt und damit ein neues Berufsbild im Rettungsdienst eingeführt. Sie haben u. a. die Aufgabe, unter der Verantwortung der ÄLRD invasive und heilkundliche Maßnahmen bei der Patientenversorgung durchzuführen. Das erfordert regelmäßige Überprüfungen der in der Ausbildung erworbenen und durch regelmäßige Fortbildung zu erhaltenden notfallmedizinischen Kompetenzen.

Auch in der Leitstelle machen notfallmedizinische Inhalte bei der Umsetzung einer strukturierten und standardisierten Notrufabfrage die medizinisch verantwortliche Beteiligung der ÄLRD notwendig.

Die sachgerechte Erfüllung der bestehenden und neuen Aufgaben ist daher nur mit einem angemessenen Stellenumfang zu realisieren, welche effektiver und wirtschaftlicher durch die Zusammenarbeit mehrerer kommunaler Träger umzusetzen ist.

1. Qualifikation

In Anlehnung an die Empfehlung der Bundesärztekammer soll die fachliche Qualifikation der ärztlichen Leiterinnen und Leiter Rettungsdienst umfassen:

- eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Gebiet mit Bezug zur Notfall- und Intensivmedizin,
- die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ oder eine von der zuständigen Ärztekammer als vergleichbar anerkannte Qualifikation,
- die Qualifikation als „Leitender Notarzt“ entsprechend der Empfehlung der Bundesärztekammer,
- eine langjährige und anhaltende Tätigkeit in der Notfallmedizin und Patientenversorgung,
- umfassende Kenntnisse der Infrastruktur des Rettungsdienstes und des Gesundheitswesens,
- Teilnahme an einer speziellen Fortbildung zum „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ entsprechend der Empfehlung der Bundesärztekammer; diese soll grundsätzlich innerhalb von spätestens sechs Monaten nach Dienstantritt beim Träger des Rettungsdienstes (Träger) erfolgen,
- Kenntnisse in der Systemanalyse, Konzeptentwicklung und Problemlösung im Rettungsdienst,
- kontinuierliche, tätigkeitsbezogene Fortbildung.

¹⁾ In dieser novellierten Empfehlung werden die bisherigen Bezeichnungen „Ärztliche Leiterin und Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“, soweit möglich, durch die Institutionsbezeichnung „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“ ersetzt, um neben der Verwendung eines geschlechtsneutralen Begriffes zudem bei einem höheren Stellenumfang auch die Möglichkeit einer flexiblen Stellenausgestaltung (z. B. Vertretungsregelung) zu beinhalten.

2. Aufgaben

Die ÄLRD leitet in medizinischen Angelegenheiten den Rettungsdienst incl. der Rettungsleitstelle sowie das medizinische Qualitätsmanagement. Die ÄLRD ist für die Aus- und Fortbildung des nichtärztlichen Personals des Rettungsdienstes in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich. Sie legt die hierzu erforderlichen Grundsätze fest und wirkt daran mit, dass im Rettungsdienst die notwendigen Strukturen gesichert werden und die Prozessabläufe konstant sach-, zeit- und bedarfsgerecht sowie wirtschaftlich erfolgen. Deshalb nimmt die ÄLRD folgende Aufgaben wahr:

2.1 Einsatzplanung und -bewältigung**Festlegung**

- der medizinischen Behandlungsrichtlinien²⁾ für das nicht-ärztliche Personal im Rettungsdienst,
- der Richtlinien zur Anwendung der von der ÄLRD zu verantwortenden heilkundlichen Maßnahmen nach § 4 (2) 2. c) NotSanG durch die Notfallsanitäter (NotSan),
- verantwortliche Umsetzung der zweijährlichen Überprüfung der dazu notwendigen Kompetenzen (die Überprüfung kann in sachgerechtem Umfang an fachkundige Personen delegiert werden),
- der medizinisch-organisatorischen Versorgungsrichtlinien für arztbesetzte Rettungsmittel,
- der medizinischen Ausrüstung und Ausstattung im Rettungsdienst nach dem Stand der Technik im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V,
- der Strategien für die Bearbeitung medizinischer Hilfersuchen durch die Rettungsleitstelle (z. B. Notarztindikationskatalog, strukturierte und standardisierte Notrufabfrage).

Mitwirkung

- bei rettungsdienstlichen Bedarfsanalysen und der Bedarfsplanung,
- bei der Koordination der Aktivitäten der Leistungserbringer im Rettungsdienst,
- bei der Erstellung von neuen Konzepten zur Weiterentwicklung des Rettungsdienstes, zur Bearbeitung von Hilfersuchen durch die Rettungsleitstelle sowie zur Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und Fachdiensten (z. B. Kliniken, Praxen, Gesundheitsbehörden, Pflegediensten, PSNV) sowie anderen Rettungsdienststrägern,
- bei der Konzeption der Fahrzeugstrategie in der Rettungsleitstelle,
- bei medizinisch-taktischen Konzepten für die Bewältigung besonderer Schadenslagen.

2.2 Qualitätssicherung**Festlegung**

- der Methodenauswahl für die Erfassung und Analyse der medizinischen Daten,
- der medizinischen Bewertung der Datenanalyse und des Berichtswesens.

Mitwirkung

- bei der Auswahl von Dokumentationsinstrumenten der regelmäßig zu erfassenden und auszuwertenden relevanten rettungsdienstlichen Daten gemäß den Empfehlungen des Landesausschusses Rettungsdienst,
- bei der Planentwicklung für notwendige Korrekturmaßnahmen,
- bei der Identifikation der zu untersuchenden Systemkomponenten,
- bei der Beurteilung der Wirksamkeit durchgeführter Korrekturmaßnahmen,
- in fachspezifischen Gremien,
- bei Projekten zur Evaluierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

²⁾ In Form von Standard Operating Procedures (SOP), Algorithmen der ÄLRD in Anlehnung an die NÜN-Algorithmen.

2.3 Aus-/Fortbildung

Richtlinienkompetenz für die notfallmedizinischen Aus- und Fortbildungsinhalte für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst in Anlehnung an die vom LARD veröffentlichten Rahmenalgorithmen Niedersachsen („NUN-Algorithmen“) und für die notfallmedizinische Fortbildung des Personals der Rettungsleitstelle, der Notärzte sowie der Leitenden Notärzte; die Umsetzung der Fortbildung kann in sachgerechtem Umfang an fachkundige Personen delegiert werden.

2.4 Hygiene

Festlegung der medizinischen Gesichtspunkte bei der Erstellung von Hygieneplänen und Mitwirkung bei der Umsetzung der „Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rettungsdienst“ entsprechend der Empfehlung des LARD in Zusammenarbeit mit dem niedersächsischen Landesgesundheitsamt; dabei sind die Hygienebeauftragten der Leistungserbringer einzubeziehen.

3. Dienstaufsicht und fachliche Rahmenbedingungen

Die ÄLRD wird für den Träger des Rettungsdienstes tätig und von diesem bestellt. Voraussetzung für eine Bestellung ist, dass bei Bestehen eines weiteren Arbeits- oder Dienstverhältnisses der ärztlichen Leiterinnen und Leiter Weisungsfreiheit und Neutralität bei der Tätigkeit der ÄLRD gewährleistet sind.

Die Dienstaufsicht über die ÄLRD obliegt dem Träger.

Zur effektiven Durchführung der Aufgaben der ÄLRD sind eine längerfristige, kontinuierliche Tätigkeit für den Träger des Rettungsdienstes sachgerecht und eine Ausstattung mit den notwendigen Befugnissen erforderlich.

Fachlich hat sich die ÄLRD an den aktuellen notfallmedizinischen Leitlinien und Empfehlungen zu orientieren. Im Übrigen unterliegt sie der Ärztlichen Berufsordnung.

4. Finanzierung

Die Dienststellung und das Tätigkeitsprofil der ärztlichen Leiterinnen und Leiter Rettungsdienst entsprechen dem Leitenden Oberärztinnen und Oberärzte. Die Finanzierung wird in der Kostenrichtlinie geregelt.

Die aktuellen Empfehlungen zur Ärztlichen Leitung Rettungsdienst können auf der Internetseite des MI unter folgendem Link abgerufen werden:

<https://www.mi.niedersachsen.de/download/128534/>.

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG;
Richtlinien für die Ermittlung
der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten**

Bek. d. MI v. 28. 8. 2019 — 35.22-41576-10-13/0 —

Bezug: Bek. v. 19. 11. 2014 (Nds. MBl. 2015 S. 141), zuletzt geändert durch Bek. v. 23. 11. 2018 (Nds. MBl. 2019 S. 102)

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss „Rettungsdienst“ beschlossenen Änderungen der Richtlinien für die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten neu bekannt gemacht (**Anlage**).

Diese Bek. tritt am 1. 1. 2020 in Kraft. Die Bezugsbekanntmachung tritt mit Ablauf des 31. 12. 2019 außer Kraft.

— Nds. MBl. Nr. 37/2019 S. 1316

Anlage

**Richtlinien für die Ermittlung
der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten**

Inhalt

1.	Vorwort
2.	Finanzierung
2.1	Finanzierung nach § 15 NRettDG
2.2	Finanzierung nach § 15 a NRettDG (Dienstleistungskonzession)
3.	Kostenrechnung
3.1	Grundsätze
3.2	Betriebsabrechnungsbogen
3.3	Investitionen
3.3.1	Abschreibungen
3.3.2	Kapitaleinsatz
3.4	Kosten der Aus-, Fort- und Weiterbildung
3.4.1	Kosten der Ausbildung
3.4.1.1	Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter
3.4.1.2	Rettungsassistentin/Rettungsassistent
3.4.1.3	Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter
3.4.2	Kosten der Fortbildung
3.4.2.1	Fachspezifische Fortbildung für im Rettungsdienst eingesetztes Personal
3.4.2.2	Sonstige Fortbildung
3.4.3	Kosten der Weiterbildung
3.4.3.1	Kosten der Weiterbildung der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zu Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern
3.4.3.2	Kosten der sonstigen Weiterbildung
3.5	Freistellung für besondere Funktionen
3.6	Jahresabschlüsse
3.7	Kosten der Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignis)
3.7.1	Einheiten zur Bewältigung von Großschadensereignissen
3.7.2	Finanzierung
3.7.3	Kostenpauschalen
3.7.4	Nebenbestimmungen
4.	Verwaltung im Rettungsdienst
4.1	Definition und Grundlagen
4.2	Kostenbemessung „Fiktive Verwaltung“
5.	Kennzahlen
Anlage 1	Betriebsabrechnungsbögen (BAB)
Anlage 2	Erläuterung der Kostenarten
Anlage 3	Erläuterung der Umlageschlüssel
Anlage 4	Abrechnung im RD-Bereich
Anlage 5	Einsatzstatistik
Anlage 6	Anlageverzeichnis
Anlage 7	Begriffsbestimmungen
Anlage 8	Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter
Anlage 9	Rettungsmittelvorhaltung
Anlage 10	Personalbedarfsberechnung zum BAB Rettungsdienst in Niedersachsen
Anlage 11	Ermittlung der Kosten für die fiktive Verwaltung

1. Vorwort

Entsprechend § 14 Abs. 3 NRettDG entwickelt der Landesausschuss „Rettungsdienst“ Richtlinien für die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten.

Die Einsatzsteigerungen im Rettungsdienst bei gleichzeitig gewachsenen Qualitätsanforderungen an die Kompetenzen des Personals, die medizinisch-technische Ausstattung und die Notfallmedizinischen Prozessabläufe sind eine zunehmende Herausforderung.

Innovative Konzepte und Maßnahmen seitens der Rettungsdienstträger und ihrer Leistungserbringer, die geeignet sind, die Qualität der rettungsdienstlichen Versorgung zu fördern und dabei durch die Steigerung der Effizienz die Wirtschaftlichkeit zu sichern, sind notwendig, um die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes auch in der Zukunft zu gewährleisten. Engagement in der Durchführung, Optimierung und Weiterentwicklung sind daher gebotene Voraussetzungen für eine solidargetragene Finanzierung. Maßnahmen, welche die Gesamtwirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes erhöhen, bedürfen der Förderung seitens der Kostenträger. Dabei sind ein enger Austausch und eine enge Abstimmung mit den Kostenträgern notwendig.

Der Landesausschuss „Rettungsdienst“ hat dazu Empfehlungen erarbeitet und verabschiedet, die bei ihrer Umsetzung geeignet sind, die genannten Voraussetzungen zu erfüllen und die Gesamtwirtschaftlichkeit zu erhöhen:

- 1.1 Einsatzabwicklung i. S. der Empfehlung des Landesausschusses „Rettungsdienst“: Zuordnungsmatrix „Hilfersuchen an die Rettungsleitstelle“),
- 1.2 Nutzung von Synergien durch trägerübergreifende Absprache und Zusammenarbeit der Leitstellen i. S. der Empfehlung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ zur SSN**),
- 1.3 Umsetzung von Maßnahmen zur Senkung bzw. Stabilisierung der Einsatzzahlen,
- 1.4 Prüfung, ob die Einführung und Disposition von Notfall-KTW anstelle von RTW die sachgerechte Reaktion auf Hilfersuchen darstellt.

Zur Durchführung der dafür erforderlichen Arbeiten hat der Landesausschuss „Rettungsdienst“ die Arbeitsgruppe „Strategie und Finanzen“ eingerichtet und entsprechend beauftragt. Unter Beteiligung mehrerer sachverständiger Personen wurden die folgenden Richtlinien erarbeitet, durch den Landesausschuss „Rettungsdienst“ beschlossen und im Nds. MBl. veröffentlicht.

Die Richtlinien unterliegen einer ständigen Dynamik. Um dieser Dynamik gerecht zu werden, wurden in der Vergangenheit punktuelle Änderungen eingepflegt. Die jetzt vorliegende Version ist der aktuelle Stand einer kompletten Überarbeitung. Zukünftig soll alle zwei Jahre die Veröffentlichung einer aktuellen Version erfolgen.

2. Finanzierung

2.1 Finanzierung nach § 15 NRettDG

§ 15 NRettDG sieht drei mögliche Formen der Finanzierung des Rettungsdienstes vor:

- a) Träger und Kostenträger vereinbaren keine spezielle Regelung. Dann gilt die gesetzliche Regelung des § 15 Abs. 1 Sätze 1 und 2 NRettDG.
- b) Träger und Kostenträger vereinbaren gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 NRettDG ein Budget.
- c) Träger und Kostenträger vereinbaren gemäß § 15 Abs. 1 Sätze 1 und 2 sowie Abs. 3 Satz 2 NRettDG, dass Abweichungen der tatsächlich entstandenen Kosten von den vereinbarten Plankosten zu berücksichtigen sind.

Die Vereinbarungen können ein- oder mehrjährig geschlossen werden.

*) Landesausschuss „Rettungsdienst“: Zuordnungsmatrix „Hilfersuchen an die Rettungsleitstelle“ in der jeweils geltenden Fassung.

**) Landesausschuss „Rettungsdienst“: „Anforderungen an eine strukturierte und standardisierte Notrufabfrage (SSN) als Voraussetzung für die sachgerechte Bearbeitung von Hilfersuchen in Leitstellen“ vom 14. 3. 2018 (Nds. MBl. S. 344).

In jedem Fall gilt:

Die aus der Bedarfsplanung abgeleiteten und einvernehmlich festgestellten Gesamtkosten sind Grundlage für eine Entgeltvereinbarung (§ 15 Abs. 2 NRettDG). Der Träger des Rettungsdienstes stellt die Summe der vereinnahmten Entgelte fest. Festgestellte vortragbare Betriebsergebnisse (Über- oder Unterdeckung § 15 Abs. 3 Satz 1 NRettDG) werden zukunftsbezogen übernommen.

Die Ermittlung des vortragbaren Betriebsergebnisses (Über- oder Unterdeckung) ergibt sich aus den nachstehenden Schemata:

Form a:

Träger und Kostenträger vereinbaren keine spezielle Regelung.

Schematische Darstellung

Finanzierung des Rettungsdienstes entsprechend der Vorschriften der §§ 14 und 15 NRettDG

Plankosten, § 14 Abs. 1, führen zu:

Vereinbarte zu deckende notwendige und wirtschaftliche Gesamtkosten, § 15 Abs. 1 Sätze 1 und 2

–	Summe der vereinnahmten Entgelte
=	vortragbares Betriebsergebnis (Über- oder Unterdeckung), § 15 Abs. 3 Satz 1

Form b:

Träger und Kostenträger vereinbaren gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 NRettDG ein Budget.

Für die Ermittlung des übertragbaren Betriebsergebnisses im Rahmen budgetorientierter Vereinbarungen finden die vor Ort vereinbarten Regelungen Anwendung.

In der Regel gilt:

Schematische Darstellung

Finanzierung des Rettungsdienstes entsprechend der Vorschriften der §§ 14 und 15 NRettDG

Vereinbartes Budget**, § 15 Abs. 1 Satz 3

+ / –	Kostenveränderungen aufgrund vorher vereinbarten Faktoren*),
=	zu deckendes Gesamtbudget,
–	Summe der vereinnahmten Entgelte
=	vortragbares Betriebsergebnis (Über- oder Unterdeckung), § 15 Abs. 3 Satz 1

*) Dies können z. B. sein: Veränderungen in der RM-Vorhaltung, Veränderungen in den Beschäftigungstarifverträgen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Veränderungen bei den Einsatzeleistungen, Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen mit Auswirkung auf die Kosten usw.

**) Als Mischform können auch Budgets für Teilbereiche, wie für einzelne Kostenarten oder Kostenstellen vereinbart werden.

Form c:

Träger und Kostenträger vereinbaren gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 NRettDG, dass Abweichungen der tatsächlich entstandenen Kosten von den vereinbarten Gesamtkosten (§ 15 Abs. 1 Sätze 1 und 2 NRettDG) zu berücksichtigen sind.

Schematische Darstellung

Finanzierung des Rettungsdienstes entsprechend der Vorschriften der §§ 14 und 15 NRettDG

Vereinbarte Gesamtkosten, § 15 Abs. 1 Satz 1

+ / –	Kostenveränderungen aufgrund vereinbarter Faktoren und/oder von Nachverhandlungen,
=	zu deckende notwendige und wirtschaftliche Gesamtkosten
–	Summe der vereinnahmten Entgelte
=	vortragbares Betriebsergebnis (Über- oder Unterdeckung), § 15 Abs. 3 Satz 1

2.2 Finanzierung nach § 15 a NRettDG (Dienstleistungskonzession)

Die Finanzierung im Rahmen der Dienstleistungskonzession findet auf verschiedenen Ebenen statt und zwar:

2.2.1 Träger und Beauftragte ermitteln jeweils gemäß § 14 Abs. 2 NRettDG ihre Plankosten selbst.

2.2.2 Der Träger führt nach § 14 Abs. 2 NRettDG die jeweiligen Plankosten zusammen.

2.2.3 Träger und Beauftragte verständigen sich mit den Kostenträgern auf die jeweils notwendigen und wirtschaftlichen Kosten, wobei die Finanzierungssystematik analog der drei möglichen Formen der Nummer 2.1 entspricht.

2.2.4 Die gemäß Nummer 3 ermittelten Kosten werden vom Träger zusammengeführt. Auf Basis dieser Gesamtkosten und der voraussichtlichen Einsatzzahlen vereinbaren der Träger und die Beauftragten vertraglich mit den Kostenträgern privatrechtliche Entgelte. Innerhalb des Rettungsdienstbereichs sind für gleiche Leistungen gleiche Entgelte zu vereinbaren.

2.2.4.1 Es ist eine zentrale Abrechnungsstelle einzurichten. Die zentrale Abrechnungsstelle rechnet die Einsatzeleistung gegenüber den Kostenträgern ab.

2.2.4.2 Bei mehr als einem Beauftragten bzw. Leistungserbringer in einem Trägerbereich entstehen Differenzen, weil die vereinbarten einheitlichen Entgelte nicht die zu deckenden jeweiligen gemäß Nummer 3 ermittelten Kosten widerspiegeln. Diese Differenzen sind unter den Beauftragten bzw. Leistungserbringern auszugleichen.*)

2.2.5 Jeder Leistungserbringer erstellt eine Abrechnung wie in Nummer 2.1 in den Fällen a bis c dargestellt. Für den Ausgleich der vortragbaren Betriebsergebnisse und deren Zusammenführung (gemäß Anlage 4) sind Regelungen zwischen allen Beteiligten zu treffen. Diese Aufgaben sollte die zentrale Abrechnungsstelle übernehmen.

2.2.6 Der Träger des Rettungsdienstes regelt mit seinen Beauftragten, wie sein Anteil an den vereinbarten Gesamtkosten gemäß 15 a Abs. 2 Satz 5 NRettDG an ihn abgeführt wird.

*) Beispiel:

	Leistungserbringer			Summe
	1	2	Träger	
Vereinbarte Kosten (Ziffer 3)	500	600	100	1 200
Einsätze vereinbart	30	20		50
Einsätze tatsächlich	30	20		50

Einheitliches Entgelt 24,— €

Einnahmen	720	480	0	1 200
Differenz	220	–120	–100	0

3. Kostenrechnung

3.1 Grundsätze

Ermittlung der zu deckenden Gesamtkosten

Die aus der Bedarfsplanung entstehenden zu deckenden Gesamtkosten werden im Rahmen einer einheitlichen Gliederung dargestellt. Diese Gliederung sollte auch von Bietern in Vergabeverfahren beachtet werden, wobei aber die Vorgaben der jeweiligen Ausschreibung maßgeblich sind.

Die Darstellung der zu deckenden Gesamtkosten erfolgt durch die Betriebsabrechnungsbögen (BAB – Anlage 1). Sie ist Grundlage für die Finanzierungsvereinbarung gemäß § 15 NRettDG, gleich welche Art der Finanzierung gewählt wird.

Jeder Träger und Leistungserbringer hat die Kosten im Rahmen einer Kostenarten- und Kostenstellenrechnung zu erfassen. Die nach der Kostenrechnung ermittelten Ergebnisse werden in den BAB eingestellt. Einzelne BAB der Leistungserbringer sind vom Träger zu einem BAB zusammenzuführen. Sie dienen im Wesentlichen der weiteren Ermittlung der künftig zu deckenden Gesamtkosten und der Kalkulation der Entgelte.

Kostenwahrheit, Kostenklarheit und Kostentransparenz sind einzuhalten. Die Ermittlung der Gesamtkosten gemäß § 15 NRettdG erfolgt nach dem Brutto-Prinzip, das heißt, dass Erstattungen auf Kostenarten gesondert unter „Kostenabzüge“ auszuweisen sind.

Soweit für Teile der zu deckenden Gesamtkosten ein Ist-Kostennachweis in der Finanzierungsregelung vor Ort vereinbart wurde, sind diese über den BAB abzurechnen.

In jedem Fall findet der BAB Anwendung für die Gliederung und Aufbereitung der Plankosten gemäß § 14 Abs. 1 NRettdG.

3.2 Betriebsabrechnungsbogen

Die betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten setzen sich zusammen aus den Personal- und Sachkosten, den Investitionskosten, bestehend aus Abschreibungen und Zinsen, sowie den Kostenabzügen.

a) Hauptkostenstellen:

Die Zuordnung zu den Hauptkostenstellen ergibt sich aus der Empfehlung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ (Zuordnungsmatrix „Hilfeleistungsersuchen an die Rettungsleitstelle“) Version 2.0.

Die Hauptkostenstellen dienen der Kostenermittlung zum Zweck der Entgeltkalkulation. Es sind folgende Leistungsbereiche, je nach örtlicher Durchführung aufzugliedern:

- Notfallrettung (NFR),
- Notfall-Krankentransport (NKT),
- Qualifizierter Krankentransport (QKT),
- Notarztdienst (NA),
- „Sonstige“ (z. B. Gemeinde-Notfallsanitäterin/Gemeinde-Notfallsanitäter, Intensivtransport, arztbegleiteter Sekundärtransport).

Die Hauptkostenstelle „Sonstige“ beinhaltet dabei die Kosten von sonstigen Leistungen, für die ein eigenständiges Entgelt gebildet wird. Die Hauptkostenstelle ist im BAB entsprechend zu benennen.

Bei der Zuordnung von Kosten zu den Hauptkostenstellen ist auf die im Bedarfsplan festgelegte Nutzungssystematik der planmäßigen Rettungsmittel abzustellen.

b) Hilfskostenstellen:

Hilfskostenstellen sind entsprechend dem Grundsatz der Kostenklarheit einzurichten. Grundsätzlich sind die Hilfskostenstellen für die Rettungsmittelarten (einschließlich Reservefahrzeuge) RTW, MZF, KTW, NEF auszufüllen. Bei Bedarf können weitere fahrzeugbezogene Hilfskostenstellen eingerichtet werden.

c) Allgemeine Kostenstellen:

Allgemeine Kostenstellen sind einzurichten für Ausbildung Notfallsanitäter, Verwaltung, Rettungsleitstelle, ÖEL, Großschadensereignis und Trägerverwaltung.

3.3 Investitionen

Vorzunehmende Investitionen und die daraus resultierenden Kosten werden über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer verteilt und abgeschrieben.

3.3.1 Abschreibungen

Bemessungsgrundlage für die Abschreibungen sind die Anschaffungskosten. Falls zweckgebundene Zuschüsse und Spenden dem Leistungserbringer zufließen, vermindern diese Finanzierungsmittel die Bemessungsgrundlage für die Ermittlung der Abschreibung. Es ist eine Anlagenbuchhaltung/ein Anlagenverzeichnis zu führen (Anlage 6).

Es wird darauf hingewiesen, dass es möglich ist, Abschreibungen auf die Wiederbeschaffungskosten in Absprache mit den Kostenträgern zuzulassen. Bei dieser Methode werden die Preissteigerungsraten berücksichtigt.

Die tatsächliche Nutzung der Wirtschaftsgüter ist abhängig von der Wirtschaftlichkeit und kann im Einzelfall länger oder kürzer als der AfA-Zeitraum sein.

Abschreibungssätze

Die nachstehend aufgeführten jährlichen Abschreibungssätze werden festgelegt:

Manuelle Technik einschließlich Einrichtung	10,00 %
EDV-Technik einschließlich Software	33,33 %
Gebäude	2,00 %
Garagen und Hallen in Leichtbauweise	7,15 %

Außenanlagen	3,00 %
Technische Bauanlagen	2,00 %
Heizung und Klima	5,00 %
Technische Betriebsanlagen	7,50 %
Inventar	10,00 %
Mobiler Funk/Handsprechfunk	20,00 %
Stationärer Funk	10,00 %
Fahrzeuge	
bei jährlicher Kilometerleistung bis zu 40 000 km,	
bei über 40 000 km Jahresleistung erfolgt eine	
Leistungsabschreibung, Obergrenze 200 000 km	16,67 %
Medizinisches Gerät	16,67 %
Geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG)	
bis 250,00 EUR (netto)	100,00 %
Geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG)	
über 250,00 EUR bis 800,00 EUR (netto)	100,00 %
Geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG)	
über 250,00 EUR bis 1 000,00 EUR (netto)	
(im jährlichen Sammelnachweis)	20,00 %

Beim Abgang beweglicher Anlagegüter sind diese zum marktüblichen Preis zu verkaufen. Der Erlös ist im BAB (Zeile: Verkaufserlöse aus Anlagenabgang) einzustellen.

3.3.2 Kapitaleinsatz

Der Einsatz von Eigenkapital ist regelmäßig wirtschaftlicher als der Einsatz von Fremdkapital und daher anzustreben.

Eingesetztes Eigenkapital ist zu verzinsen.

Das Eigenkapital ist in der Regel mit 1,75 % über dem jeweiligen Basiszinssatz gemäß § 247 BGB zu verzinsen. Als Wert ist der zuletzt vor der Verhandlung mit Stand vom 1. Juli veröffentlichte Basiszinssatz zu wählen.

Bei der Inanspruchnahme von Fremdkapital sind die entstehenden Zinsbelastungen in die Kosten einzustellen.

Die Abschreibungen werden zur Tilgung des in Anspruch genommenen Kapitals verwendet.

3.4 Kosten der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Kosten der Aus-, Fort und Weiterbildung sind Kosten i. S. dieser Richtlinie, wenn sie bedarfsgerecht und wirtschaftlich sind. Die Richtigkeit des Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit ist den Kostenträgern durch eine Personalplanung nachzuweisen. Grundlage einer Personalplanung ist die Personalbedarfsberechnung auf Basis des Rettungsdienstbedarfsplans.

Zur dauerhaften Sicherstellung des erforderlichen Personalbedarfs ist auf dieser Basis eine Planung zu entwickeln, die sowohl die zu erwartenden Personalausfälle wie auch den künftigen Personalbedarf abschätzt. Diese Planung ist für die jeweilige Qualifikation getrennt vorzunehmen. Personalausfälle entstehen z. B. durch Elternzeiten, Freistellung von Personal für Fort- und Weiterbildungen, Fluktuation, Eintritt in den Ruhestand.

3.4.1 Kosten der Ausbildung

3.4.1.1 Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter

Die Berechnung der Kosten für die Notfallsanitäterausbildung erfolgt unter Verwendung der Tabelle zur Ermittlung der durchschnittlichen Jahreskosten für Schülerinnen und Schüler nach dem NotSanG in Niedersachsen (Anlage 8).

Als Kosten der Ausbildung gelten

- Lehrgangskosten (Kosten der Schulen und ggf. Kostenerstattungen für Praktika in Krankenhäusern, soweit diese nicht vom Land getragen werden),
- Personalkosten der Schülerinnen und Schüler.

Von den Kosten der Ausbildung sind die Einsparungen abzuziehen, die durch den Einsatz der Schülerinnen und Schüler als Teil der Regelbesetzung entstehen. Dabei ersetzt eine Schülerin oder ein Schüler 0,3 Anteile einer hauptamtlichen Vollkraft einer Rettungssanitäterin oder eines Rettungssanitäters.

Für die Ausbildungskosten können örtlich jeweils Pauschalen vereinbart werden.

3.4.1.2 Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter

Kosten der Ausbildung zur Rettungssanitäterin oder zum Rettungssanitäter können Kosten i. S. dieser Richtlinien sein, wenn sie bedarfsgerecht und wirtschaftlich sind. Die Wirtschaftlichkeit ist den Kostenträgern durch Konzepte nachzuweisen.

3.4.2 Kosten der Fortbildung

3.4.2.1 Fachspezifische Fortbildung für im Rettungsdienst eingesetztes Personal

Gemäß § 10 NRettdG und nach dem Arbeitsrecht muss das im Rettungsdienst eingesetzte Personal entsprechend seiner Verwendung nach einheitlichen Maßstäben aus- oder fortgebildet sein und regelmäßig fortgebildet werden. Durch die Fortentwicklung der medizinischen Standards im Rettungsdienst ist eine Aktualisierung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich. Dabei ist von einer 30-stündigen jährlichen fachspezifischen Fortbildung auszugehen. Die daraus resultierenden Kosten sind Kosten i. S. dieser Richtlinie.

3.4.2.2 Sonstige Fortbildung

Darüber hinausgehende allgemeine rettungsdienstbedingte Fortbildungsmaßnahmen, wie EDV-Schulung, Betriebsleitung können im erforderlichen Umfang in die Kostenrechnung eingestellt werden.

3.4.3 Kosten der Weiterbildung

3.4.3.1 Kosten der Weiterbildung der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten zu Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern

Die Zahl der weiterzubildenden Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten ergibt sich jeweils aus der Personalplanung.

Als Kosten der Weiterbildung gelten:

- Lehrgangskosten (Kosten der Schulen und ggf. Kostenerstattungen für Praktika in Krankenhäusern, soweit diese nicht vom Land oder Dritten getragen werden).
- Personalkosten für Phasen der Freistellung, dabei können ggf. Zeiten der fachspezifischen Fortbildung gemäß Nummer 3.4.2.1 angerechnet werden.
- Für die Weiterbildungskosten können jeweils Pauschalen vereinbart werden.

3.4.3.2 Kosten der sonstigen Weiterbildung

Die Kosten der Weiterbildung für bestimmte Funktionen und Aufgaben können im erforderlichen Umfang in die Kostenrechnung eingestellt werden.

Beispiele für Weiterbildungen, die im erforderlichen Umfang in die Kostenrechnung eingestellt werden können, sind Weiterbildungen

- zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter,
- zur oder zum Hygienebeauftragten,
- zur oder zum Beauftragten für die Medizinprodukte,
- zur organisatorischen Leiterin oder zum organisatorischen Leiter,
- zur Leitstellendisponentin oder zum Leitstellendisponenten,
- zur Rettungswachenleiterin oder zum Rettungswachenleiter,
- zur Koordinatorin oder zum Koordinator für Datenschutz,
- zur oder zum Sicherheitsbeauftragten (für den Arbeitsschutz).

3.5 Freistellung für besondere Funktionen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Funktionen wahrnehmen, die dem Grunde nach nicht in den einsatzfreien Zeiten zu erledigen sind, sind wie folgt freizustellen:

Freistellungsschlüssel:	Stelle	Funktion	Bemessungsgrundlage
	1,0	Rettungswachenleiterin/ Rettungswachenleiter*)	80 Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter
	1,0	Praxisanleiterin/ Praxisanleiter	25 Schülerinnen/ Schüler

*) Ab der zweiten Rettungswache und für jede weitere Rettungswache wird die Stelle um 0,1 erhöht.

Zur Ermittlung der Anzahl der anrechenbaren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter siehe Nummer 4.2 Abschnitt III unter „Erläuterungen“ Punkt C.7.

3.6 Jahresabschlüsse

Der Träger des Rettungsdienstes ermittelt das vortragbare Ergebnis, wie in Nummer 2 beschrieben, und übermittelt dieses den Kostenträgern. Dies ist entsprechend darzustellen. Es

ist ein „Bericht zum Jahresabschluss“ zu erstellen. Dem Bericht ist die Abrechnung für den Rettungsdienstbereich (gemäß Anlage 4) beizufügen.

Bericht zum Jahresabschluss

Gliederung:

1. Berichte der Leistungserbringer
2. Kommentar des Trägers zu den Berichten der Leistungserbringer
3. Bericht zur Abrechnung für den Rettungsdienstbereich
4. Kommentar des Trägers einschließlich Bericht der Ärztlichen Leiterin/des Ärztlichen Leiters zur Gesamtsituation im Rettungsdienstbereich
5. Abrechnung für den Rettungsdienstbereich (gemäß Anlage 4)
6. Einsatzstatistik (gemäß Anlage 5)
7. Kennzahlen (gemäß Nummer 5)
- 3.7 Kosten der Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignis)

Das NRettdG regelt in § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, dass die Bewältigung von Großschadensereignissen Aufgabe des Rettungsdienstes ist. Die Verantwortung dafür liegt bei den Trägern des Rettungsdienstes.

Der Umfang der Vorhaltung von Rettungsmitteln für den Regelrettungsdienst bestimmt sich nach den Vorgaben der BedarfsVO-RettD. Die sich daraus ergebende Vorhaltung reicht regelmäßig zur Bewältigung von Großschadensereignissen nicht aus. Mithin ist der Regeldienst in geeigneter Form zu erweitern, um dem gesetzlichen Versorgungsauftrag nachkommen zu können.

Um eine rettungsdienstbereichsübergreifende Zusammenarbeit (§ 4 Abs. 2 Satz 2 NRettdG) aller beteiligten Kräfte zu gewährleisten, sind einheitliche Organisationsstrukturen erforderlich. Dazu hat der Landesausschuss „Rettungsdienst“ die „Empfehlung zur Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignis)“ veröffentlicht.

Die Träger des Rettungsdienstes sind grundsätzlich frei, wie sie den Versorgungsauftrag sicherstellen.

Kosten für die Bewältigung von Großschadensereignissen können als Kosten des Rettungsdienstes i. S. der §§ 14, 15, 15 a NRettdG nur geltend gemacht werden, wenn sie für Einheiten entstehen, die den Empfehlungen des Landesausschusses „Rettungsdienst“ entsprechen.

3.7.1 Einheiten zur Bewältigung von Großschadensereignissen

Einheiten sind:

- örtliche Einsatzleitung (keine Finanzierung über die Geldmengen zur Bewältigung von Großschadensereignissen, siehe unten),
- MANV-S (sofort),
- MANV-T (Transport),
- MANV-PA (Patientenablage),
- BHP 50 (Behandlungsplatz 50 – keine Finanzierung über den Rettungsdienst).

3.7.2 Finanzierung

Um die Aufstellung und Bewirtschaftung wirtschaftlich zu gestalten, basiert die Finanzierung auf vier Säulen:

- anteilige Finanzierung durch die Kostenträger im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeit,
- anteilige Finanzierung durch die kommunalen Träger des Rettungsdienstes, da die Einheiten auch im Rahmen der Daseinsvorsorge außerhalb des Rettungsdienstes eingesetzt und angefordert werden können,
- Einsatz von Personal und Mitnutzung von Gerät und Material der Bereitschaften der Hilfsorganisationen,
- Einsatz von Personal und Mitnutzung von Gerät und Material des Katastrophenschutzes.

3.7.3 Kostenpauschalen

Zur Bewältigung von Großschadensereignissen werden die Rettungsdienstbereiche fünf Clustern zugeordnet. Grundlage ist die Empfehlung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ zur Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse).

Rettungsdienstbereiche:

Cluster I: Landkreis (LK) Ammerland, LK Friesland, LK Graf-
schaft Bentheim, LK Helmstedt, LK Holzminden,
LK Lüchow-Dannenberg, LK Oldenburg, LK Oster-

- holz, LK Peine, LK Uelzen, LK Verden, LK Wesermarsch, LK Wittmund, LK Wolfenbüttel, Stadt Cuxhaven, Stadt Delmenhorst, Stadt Emden, Stadt Hildesheim, Stadt Oldenburg (Oldenburg), Stadt Salzgitter, Stadt Wilhelmshaven, Stadt Wolfsburg
- Cluster II: LK Aurich, LK Celle, LK Cloppenburg, LK Cuxhaven, LK Gifhorn, LK Goslar, LK Heidekreis, LK Hildesheim, LK Leer, LK Lüneburg, LK Nienburg/Weser, LK Northeim, LK Rotenburg (Wümme), LK Schaumburg, LK Stade, LK Vechta, Stadt Osnabrück
- Cluster III: LK Harburg, LK Diepholz, LK Hameln-Pyrmont und Stadt Hameln, Stadt Braunschweig
- Cluster IV: LK Emsland
- Cluster V: Region Hannover, Stadt Hannover, LK Osnabrück, Stadt und Landkreis Göttingen

Geldmenge:

Cluster	Geldmenge	Anteil Kostenträger	Anteil Träger
I	89 400 EUR	66 200 EUR	23 200 EUR
II	101 600 EUR	75 200 EUR	26 400 EUR
III	126 200 EUR	93 400 EUR	32 800 EUR
IV	197 100 EUR	145 900 EUR	51 200 EUR
V	227 800 EUR	168 600 EUR	59 200 EUR

Die Geldmengen sowie die Clusterung gelten vom 1. 1. 2020 bis zum 31. 12. 2022.

3.7.4 Nebenbestimmungen

- a) Um den Anspruch auf Zahlung der Geldmenge in o. g. Höhe zu erlangen, weisen die Träger im Rahmen der Kosten- und Entgeltverhandlungen die tatsächliche Aufstellung der Einheiten entsprechend den in der Empfehlung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ geforderten Einsatzwerten und den Finanzierungsanteil des Trägers nach.
- b) Soweit die Einheiten mit einer geringeren Personalreserve als in der Empfehlung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ zur „Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse)“ genannt (Personalfaktor 2,0 zur Sollstärke) betrieben werden, ist die Geldmenge entsprechend zu kürzen.
- c) Für Rettungsdienstbereiche, in denen die Leistungen zur Bewältigung von Großschadensereignissen vor dem 1. 1. 2015 Gegenstand einer Ausschreibung waren, können abweichende Regelungen getroffen werden.

4. Verwaltung im Rettungsdienst

4.1 Definition und Grundlagen

Die Verwaltung im hierzu zu erarbeitenden Sinne ist jede notwendige Aktivität zur Aufgabenerfüllung, die nicht unmittelbar der Leistungserbringung dient und die nicht einen technischen Hilfsbetrieb (z. B. Werkstatt) darstellt.

Von der nachstehenden Erarbeitung einer sog. „Fiktiven Verwaltung“ sind folgende Einrichtungen des Rettungsdienstes, in denen auch einrichtungsbezogene, betriebsbedingte Verwaltungsarbeiten zu erfüllen sind, auszunehmen:

- Rettungsleitstelle einschließlich örtlicher Einsatzleitung (RLS),
- Einheiten für Großschadensereignisse (GSE),
- Rettungswachen (RW),
- Rettungsmittel (RM),
- Desinfektion (Des).

Folgende Verwaltungsarbeiten fallen hier beispielhaft an:

- RLS: Erstellung von Dienst-, Schichtplänen, Personalangelegenheiten,
- GSE: Erstellen von Organisations- und Einsatzplänen, Führen von Fahrzeug-, Kontroll- und Geräteübersichten, Abstimmung mit anderen BOS Organisationen,
- RW: Erstellung von Dienst-, Schichtplänen, Personalangelegenheiten, Führen von Fahrzeug- und Geräteübersichten, Medizinprodukteüberwachung, Bearbeitung von Personal- und Fahrzeugausfall,
- RM: Erstellen von Fahrtberichten, Datenerfassung,

- Des: Führen von Übersichten und Kontrollbüchern, Erstellen von Hygieneplänen und deren Aktualisierung, Kontrolle von Desinfektionen und deren Dokumentation.

Diese Arbeiten und deren Personalbedarf sind den jeweiligen genannten Kostenstellen direkt zuzuordnen. Alle anderen Verwaltungsaufwendungen werden unter dem Begriff „Fiktive Verwaltung“ gefasst.

Die „Fiktive Verwaltung“ setzt sich aufgrund der Aufgabe „Rettungsdienst“ aus Verwaltungsaufwand beim Träger und aus Verwaltungsaufwand bei den Leistungserbringern zusammen. Dies gilt dem Grunde nach unabhängig vom Grad der tatsächlichen aktiven Aufgabendurchführung. Auch wenn der Träger der Aufgabe keine der Einrichtungen des Rettungsdienstes selbst unterhält und damit keine Einsätze durchführt, werden innerhalb seines kommunalen Verwaltungsapparates allein aufgrund der Aufgabenträgerschaften Mechanismen in Gang gesetzt, die notwendig (leistungsbezogen, rechtsnormverursacht) sind, um die Aufgabe „Rettungsdienst“ rechtsfehlerfrei zu gewährleisten. Dadurch entsteht ein Aufwand, der Kosten des Rettungsdienstes darstellt.

Die „Fiktive Verwaltung“ lässt sich systematisch in die Bereiche Betriebsleitung, Personal und Finanzen gliedern.

In welcher Intensität sich der Verwaltungsaufwand zwischen Träger und Leistungserbringern verteilt, ist dabei abhängig von den jeweiligen vertraglichen Regelungen zwischen dem Träger der Aufgabe und seinen Leistungserbringern. Der Umfang der Betroffenheit der einzelnen Bereiche wird auch zwischen den einzelnen Leistungserbringern differieren.

Die sich aus Nummer 4.2 Kostenbemessung „Fiktive Verwaltung“ ergebende Geldmenge der „Fiktiven Verwaltung“ ist im Verhältnis von Träger zu Kostenträgern nachweisfrei und abschließend. Die Nachweisfreiheit gilt auch im Verhältnis Leistungserbringer zu Träger. Im Verhältnis zwischen Träger und Leistungserbringern sind sachgerechte Aufteilungen je nach individueller Aufgabenwahrnehmung vorzunehmen.

Den einzelnen Bereichen lassen sich, unterschieden nach den Beteiligten, folgende beispielhafte Inhalte zuordnen:

Träger:**Betriebsleitung:**

- Amtsleitung und sonstige betroffene Hierarchiestufen und Sachbearbeitung des zuständigen Fachamtes,
- Tätigkeiten des Hauptamtes (Organisation),
- Rechnungsprüfungsamt und Rechtsamt,
- Führung und Verantwortlichkeit der Aufgabendurchführung innerhalb des Aufgabenträgers, gegenüber und den Beauftragten und den Kostenträgern,
- Erstellung und Fortführung des Bedarfsplans,
- Bearbeitung von Genehmigungsanträgen,
- Sachbearbeitung hierzu insgesamt einschließlich Schieds- und Klageverfahren, Beschaffungen, wenn zentralisiert,
- Notarztgewinnung.

Personal:

- Tätigkeiten des Personalamtes, wenn nicht vom zuständigen Fachamt und soweit nicht von der Betriebsleitung wahrgenommen,
- Personalärztin oder Personalarzt,
- Einstellung von Personal,
- Personalbewirtschaftung und -planung,
- Lohn- und Gehaltsabrechnung,
- Beihilfegewährung, Personaluntersuchung,
- Führung der Personalakten und Sachbearbeitung,
- Dienstwohnungsangelegenheiten.

Finanzen:

- Tätigkeiten des Hauptamtes (EDV),
- der Stadtkasse,
- der Kämmerei, wenn nicht vom zuständigen Fachamt und soweit nicht von der Betriebsleitung wahrgenommen,
- Erstellung des Haushaltsplans,
- Rechnungsprüfung und Auszahlungsanordnung,
- Führung der Kostenrechnung einschließlich Kalkulationen und aller dazu erforderlichen Nebenarbeiten,
- Erarbeitung und Pflege entsprechender EDV-Programme,

- Kontrolle der Fahrberichte als Basis für Rechnungslegung und Bedarfsermittlung,
- Fertigung von Gebührenbescheiden oder Rechnungen,
- Überwachung des Geldeingangs einschließlich Vollstreckungs- oder Mahnverfahren.

Während der Anteil der Verwaltungsaufwendungen der Leistungserbringer an der „Fiktiven Verwaltung“ in aller Regel auch von diesen erbracht wird, werden Verwaltungsaufwendungen der Träger in der Praxis teilweise auf die Leistungserbringer delegiert. Eine solche Delegation ist zulässig, muss aber bei der späteren Verteilung der Geldmengen Berücksichtigung finden. Vergleiche hierzu insbesondere den Bereich Finanzen der Leistungserbringer.

Leistungserbringer:

Betriebsleitung:

- Geschäftsführung einschließlich Mitarbeiter und zentraler Dienst (Beschaffung, Fahrzeugwesen etc.),
- Führung und Verantwortlichkeit im Rahmen der Beauftragung zur Aufgabendurchführung innerhalb der oder des Beauftragten und gegenüber dem Träger und in Einzelfällen zum Kostenträger,
- Erstellung und Lieferung der vom Träger angeforderten Daten und Informationen,
- Notarztgewinnung.

Personal:

- Tätigkeiten der Personalstelle und Lohnbuchhaltung,
- Einstellung von Personal,

- Personalbewirtschaftung und -planung,
- Lohnabrechnung,
- Personaluntersuchung,
- Führung der Personalakten und Sachbearbeitung,
- Gewinnung ehrenamtlich Tätiger und deren Einsatzplanung, auch FSJ usw.

Finanzen:

- Finanzbuchhaltung (Anlagenbuchhaltung, Kreditoren),
- Fakturierung (Debitoren),
- Kostenrechnung,
- zusätzlich Abstimmungsarbeiten mit dem kaufmännischen Rechnungswesen und Prüfung steuerrechtlicher Fragen.

Der Bereich „Finanzen“ ist hinsichtlich der Tätigkeits- und Inhaltszuordnung im besonderen Maße sehr stark abhängig vom Inhalt der jeweiligen Beauftragungsvereinbarung zu beurteilen. So können z. B. die gesamten Kassengeschäfte auf den Leistungserbringer übertragen werden.

4.2 Kostenbemessung „Fiktive Verwaltung“

Die Aufgaben Betriebsleitung, Personal und Finanzen sind, soweit sie inhaltlich in Nummer 4.1 beschrieben wurden, zu einer abschließenden Geldmenge mit den nachstehenden Berechnungsschlüsseln für die Verwaltung der Träger und für die Verwaltung der Leistungserbringer zusammengefasst. Für die „Verwaltung der Träger“ beinhaltet dieser Berechnungsschlüssel abschließend auch alle dafür anfallenden Sachkosten und Investiven Kosten.

Folgende Berechnungsschlüssel werden festgelegt:

I. Verwaltung der Träger

Personalkosten

Grundpauschale

Rettungsmittel-Vorhaltung in Stunden

				Verwaltung – in EUR –	ÄLRD – in EUR –
0	bis	65 000	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	59 500	27 000
65 001	bis	97 500	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	92 000	44 000
97 501	bis	130 000	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	111 500	56 000
130 001	bis	162 500	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	124 000	70 000
162 501	bis	195 000	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	132 000	90 000
195 001	bis	235 000	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	133 000	115 000
235 001	bis	274 500	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	133 500	120 000
274 501	bis	314 000	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	134 000	127 500
314 001	bis	355 000	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	134 500	135 000
355 001	bis	400 000	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	135 000	142 500
größer	als	400 000	Rettungsmittel-Vorhaltestunden	135 500	150 000

Jeder Träger erhält einen pauschalen Zuschlag für jeden Leistungserbringer ab dem zweiten Leistungserbringer, der im Rettungsdienstbereich mindestens eine Rettungswache betreibt.

5 900

2 250

Sachkosten und Investive Kosten

Zur Deckung der Sachkosten und der Investiven Kosten erhält jeder Träger eine abschließende Geldmenge in Höhe von 20 % der Geldmenge, die sich für die Deckung der Personalkosten (Verwaltung und ÄLRD) errechnet hat.

Zusammenarbeit der Träger

Träger des Rettungsdienstes sollen zusammenarbeiten. Sofern sich benachbarte Träger zur Zusammenarbeit entschließen, erfolgt die Ermittlung der gemeinsamen Geldmenge über die Summe der Vorhaltestunden und die Summe der Anzahl der Beauftragten der einzelnen Rettungsdienstbereiche. Ergibt sich dadurch eine Einsparung gegenüber der Einzelveranschlagung, so erhalten die zusammenarbeitenden Träger die Hälfte der Einsparung zusätzlich. Ergäbe sich dadurch eine höhere Geldmenge, so erhalten die zusammenarbeitenden Träger nur die Summe der Einzelveranschlagungen. Sollten sich benachbarte Träger nicht zu einer Zusammenarbeit entschließen, begründet dies allein noch nicht die Unwirtschaftlichkeit.

II. Verwaltung der Leistungserbringer

Personalkosten

Personalkosten für die Aufgaben:

Betriebsleitung/ Rettungsdienstleitung/ Geschäftsführung	1,0 Geldmenge pro 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; ab der zweiten Rettungswache wird die Stelle um 0,1 erhöht
Personalbewirtschaftung	1,0 Geldmenge pro 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
Finanzen:	
Finanzbuchhaltung/ Kreditoren	1,0 Geldmenge pro 20 000 Einsatzfälle
Fakturierung/Debitoren	1,0 Geldmenge pro 10 000 Einsatzfälle

Sachkosten und Investive Kosten

Sachkosten und Investive Kosten sind in den Geldmengen der Leistungserbringer nicht enthalten. Sie werden direkt über den BAB nachgewiesen.

Sofern die Fakturierung/Abrechnung an Dritte vergeben wird, entfällt die Geldmenge und die Kosten treten stattdessen im entsprechenden Sachkostenkonto auf.

III. Fiktive Verwaltung

Geldmenge Fiktive Verwaltung ergibt sich aus I und II.

Erläuterungen

A. Nichtberücksichtigung von Aufgaben

Alle Aufgaben, die nicht in diesen Richtlinien für die Fiktive Verwaltung benannt sind, finden keine zusätzliche Berücksichtigung.

B. Bewertung der Aufgaben

1,0 Geldmenge entspricht für die Funktionen (Stand: 2019)

- Betriebsleitung/Rettungsdienstleitung/
Geschäftsführung 69 480,79 EUR
- Personalbewirtschaftung 55 374,27 EUR
- Finanzen
- Finanzbuchhaltung 55 374,27 EUR
- Fakturierung 46 279,28 EUR.

C. Berechnung der Mitarbeiterzahl

C.1 Personalwechsel kann bei der Bemessung der Funktionen Betriebsleitung/Rettungsdienstleitung/Geschäftsführung und Personalbewirtschaftung keine Berücksichtigung finden.

C.2 Hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Helferinnen und Helfer im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ)/Bundesfreiwilligendienst (BFD) werden als 1,0 Mitarbeiterin/Mitarbeiter bewertet.

C.3 Echte Teilzeitkräfte (mindestens 19,5 Stunden/Woche), die nur für den Rettungsdienst arbeiten, werden als 1,0 Mitarbeiterin/Mitarbeiter bewertet.

C.4 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Mehrfachaufgaben, auch außerhalb des Rettungsdienstes, werden nur anteilig berücksichtigt. Gleiches gilt für Helferinnen und Helfer im FSJ/BFD mit Aufgaben auch außerhalb des Rettungsdienstes (z. B. Behindertenfahrdienst).

C.5 Nebenamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie geringfügig beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden bei einer Jahresstundenleistung von 600 Stunden als 1,0 Mitarbeiterin/Mitarbeiter bewertet.

C.6 Für Notarztsysteme gilt:

Voraussetzung für die Berücksichtigung ist das Tätigwerden durch die Verwaltung für das Notarztsystem, z. B. durch Finanzbuchhaltung, Fakturierung etc. Notarztjahresstunden dividiert durch 1 540 Stunden ergeben die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

C.7 Für die Berechnung der Geldmenge der Fiktiven Verwaltung ist nur das Personal des Einsatzdienstes zu berücksichtigen. Personal für die Bewältigung von Großschadensereignissen wird nicht berücksichtigt.

D. Dynamisierung der Geldmengen

Die unter I. und III.B genannten Geldmengen sind für das Jahr 2020 und die folgenden Jahre um die jeweilige „Durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 SGB V“ (Grundlohnsummensteigerung) weiter zu entwickeln. Die aktuellen Geldmengen sind auf der Internetseite des MI unter http://www.mi.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=14836&article_id=94255&psmand=33 aufrufbar.

5. Kennzahlen

Kennzahlen bzw. Kennzahlensysteme sind bekannte Instrumente zur Konzentration von Informationen betrieblicher Sachverhalte. Sie dienen dabei nicht in erster Linie der unmittelbaren Wirtschaftlichkeitsbemessung. Im Rahmen von Branchenkennzahlen lässt sich u. a. auch die Position des eigenen Betriebes definieren.

Kennzahlen dienen den Aufgaben Analyse, Steuerung, Kontrolle.

Mit der Analyse können Erkenntnisse über Gesetzmäßigkeiten und Zusammenhänge über Prozesse und Erscheinungen gewonnen werden.

Die Steuerung durch Kennzahlen erfolgt durch Ziel- oder Mittelvorgaben; gleichzeitig lässt sich so eine Ordnung der Ziele herstellen.

Im Bereich der Kontrolle dienen Kennzahlen dem Planvergleich mit Vorgaben und der Beurteilung des Ist-Zustandes.

Besondere Prioritäten haben dabei die Ziele der Kostensteuerung bei definierten Qualitäts- und Leistungsstandards und die Ziele der Positionsbestimmung der einzelnen Rettungsdienstbereiche zueinander im Ganzen oder in bestimmten Bereichen. Die so zu bildenden Kennzahlensysteme sind zu unterscheiden in Kennzahlen der betrieblichen Kostendaten (Personal-, Betriebs- und Investitionskosten und Gesamtkosten) und der betrieblichen Leistungsdaten.

In diesem Sinne wurden die folgenden Kennzahlen und -systeme erarbeitet:

Kennzahlen werden gebildet auf der Ebene des Rettungsdienstbereichs. Die Kennzahlenbildung erfolgt auf Basis der mit den Kostenträgern abschließend vereinbarten Kosten und der tatsächlichen Leistungsdaten des jeweils vergangenen Jahres. Die Kennzahlen des vergangenen Jahres sind Bestandteil des Jahresabschlusses gemäß Nummer 3.6.

Kennzahlen der betrieblichen Kostendaten

1.1 Gesamtkosten/RM-Vorhaltestunden

Gesamtkosten eines Rettungsdienstbereichs im Verhältnis zur Summe aller Rettungsmittel (RM)-Vorhaltestunden der Hauptkostenstellen

1.2 Personalkosten/RM-Vorhaltestunden

Personalkosten im Verhältnis zur Summe der RM-Vorhaltestunden der Hauptkostenstellen

1.3 Sachkosten/RM-Vorhaltestunden

Sachkosten im Verhältnis zur Summe der RM-Vorhaltestunden der Hauptkostenstellen

1.4 Investitionskosten/RM-Vorhaltestunden

Investitionskosten im Verhältnis zur Summe der RM-Vorhaltestunden der Hauptkostenstellen

1.5 Gesamtkosten/Gesamteinsätze

Gesamtkosten des Rettungsdienstes im Verhältnis zu den Gesamteinsätzen, einschließlich Fehleinsätze

1.6 Personalkosten/Gesamteinsätze

Personalkosten im Verhältnis zu den Gesamteinsätzen, einschließlich Fehleinsätze*)

1.7 Sachkosten/Gesamteinsätze

Sachkosten im Verhältnis zu den Gesamteinsätzen, einschließlich Fehleinsätze*)

1.8 Investitionskosten/Gesamteinsätze

Investitionskosten im Verhältnis zu den Gesamteinsätzen, einschließlich Fehleinsätze*)

1.9 Variable Kosten/Gesamteinsätze

Variable Kosten im Verhältnis zu den Gesamteinsätzen, einschließlich Fehleinsätze*)

Variable Kosten sind: BAB-Zeilen 21, 22, 23, 25, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

Kennzahlen der betrieblichen Leistungsdaten

2.1 Gesamteinsätze/1 000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW)

Gesamteinsätze pro 1 000 EW**), pro Einsatzart

2.2 Gesamteinsätze/Jahr

Gesamteinsätze pro Jahr, pro Einsatzart

2.3 Zeit pro Einsatz in Minuten

Zeit pro Einsatz, pro Einsatzart (Minuten)

2.4 RTW Einsatzzeit/Vorhaltezeit

RTW als KTW Einsatzzeit/Vorhaltezeit

MZF Einsatzzeit/Vorhaltezeit

MZF als KTW Einsatzzeit/Vorhaltezeit

KTW Einsatzzeit/Vorhaltezeit

KTW als RTW Einsatzzeit/Vorhaltezeit

Notarzt Einsatzzeit/Vorhaltezeit

Einsatzzeit pro Rettungsmittelart im Verhältnis zur RM-Vorhaltezeit

Weitere Kennzahlen

- 3.1 Personalstunden RLS für RD
Personalstunden in der Rettungsleitstelle pro Jahr
- 3.2 Einsätze/Personalstunde RLS
Einsätze pro Personalstunde in der Rettungsleitstelle
- 3.3 Kosten RLS/Personalstunde RLS
Kosten der Rettungsleitstelle im Verhältnis zu den Personalstunden in der Rettungsleitstelle
- 3.4 Kosten RLS/EW
Kosten der Rettungsleitstelle pro EW**)
- 3.5 Kosten RLS/Gesamteinsätze
Kosten der Rettungsleitstelle pro Gesamteinsätze

*) Kein Transport und keine Behandlung/Maßnahme durch rettungsdienstliches Personal der Rettungsmittel.

**) Werden Teile des eigenen Rettungsdienstbereichs (RDB) von anderen RDB versorgt, sind die betreffenden Einwohnerzahlen des eigenen RDB entsprechend abzuziehen und beim anderen RDB entsprechend hinzuzuzählen bzw. umgekehrt.

Anlage 1**Betriebsabrechnungsbögen (BAB)**

BAB werden auf den Ebenen Rettungswache, Leistungserbringer, Träger und Rettungsdienstbereich erstellt. Ist der Träger ganz oder teilweise auch Leistungserbringer, erstellt er bei ihm jeweils einen BAB als Leistungserbringer und einen BAB als Träger.

Die BAB der Rettungswachen werden zusammengefasst zum BAB Leistungserbringer. Der BAB des Trägers enthält die allgemeinen Kostenstellen des Trägers. Der abschließende BAB für den Rettungsdienstbereich fasst die BAB der Leistungserbringer und des Trägers zusammen.

Die in den nachstehenden Mustern aufgeführten Kostenarten sind vollständig und abschließend.

Die Verteilung der Hilfskostenstellen und allgemeinen Kostenstellen auf die Hauptkostenstellen, sowie die leistungsbezogenen Verrechnungen zwischen den Hauptkostenstellen erfolgen in den Zeilen 64 bis 73 des BAB für den Rettungsdienstbereich.

Betriebsabrechnungsbogen „Rettungswache“

Betriebsabrechnungsbogen für den Rettungsdienst in Niedersachsen*)										Spalten bei Bedarf zuschaltbar		
### Rettungswache RW 01 (LE 01)												
Zelle	Kostenarten	Summe	US	KZ	Hilfs-Kostenstellen				A-Kst			
					RTW	KTW	NEF	MZF	Ausbildung Notfallsan	Verwaltung	LE-OEL	LE-GSE
1	2	3	4	5	14	15	16	17		18	20	21
1	Personalkosten hauptamtlich	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0
2	Personalkosten nebenamtlich	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0
3	Personalkosten ehrenamtlich	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0
4	Personalkosten FSJ & Bundesfreiwill. D	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0
5	Personalkosten Notarzt	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
6	Personalkosten "fiktive Verwaltung"	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
7	Personalkosten Reinigungspersonal	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
8	Summe Personalkosten	0		ZS	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Aus- und Fortbildungskosten	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0
10	sonstige Sach-/Nebenkosten Personal	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0
11	Gesamt Personalnebenkosten	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Mieten, Pachten	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
13	Nebenkosten/ Energie	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
14	Fremdreinigung/ Reinigungsmaterial	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
15	Gebäudeversicherung/ Steuer	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
16	Gesamt Sachkosten Betriebsräume	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Grundstücksanlagen Instandhaltung	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
18	Betriebsräume Instandhaltung	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
19	Techn. Betriebsanlagen Instandhaltung	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
20	Gesamt Instandhaltung	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Betriebsstoffe	0	4		0	0	0	0	0	0	0	0
22	Reparatur/ Wartung KFZ	0	4		0	0	0	0	0	0	0	0
23	Reparatur Unfallschaden	0	4		0	0	0	0	0	0	0	0
24	Versicherung/ Steuer KFZ	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
25	Reparaturen KFZ-Funk/ Telekomm.	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
26	Miete/ Leasing	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
27	Gesamt Fahrzeuge	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Schutzbekleidung Beschaffg./ Reinigung	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
29	Med. Gerät Wartung/ Reparatur	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
30	Arzneimittel/ med. Sauerstoff	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
31	Med. Sachbedarf/ Einwegmat.	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
32	Gesamt Einsatzkosten	0	5	S	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Büro-/ Verwaltungsbedarf	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
34	Telekommunikation	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
35	EDV-Kosten	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
36	Rechts- und Beratungskosten	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
37	Aufklärung	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
38	Inkasso	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
39	Sonstige Versicherungen	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0
40	Sachkosten "fiktive Verwaltung"	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
41	Gesamt Allgemeinkosten	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0
42	Verzinsung Eigenkapital	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
43	Zinsen für Fremdkapital	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
44	Kontokorrentzinsen/ Bankgebühren	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
45	Gesamt Zinsen	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0
46	Summe Sachkosten	0		ZS	0	0	0	0	0	0	0	0
47	AIA Außenanlagen	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
48	AIA Gebäude	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
49	AIA techn. Anlagen, Heizung/ Klima	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
50	AIA Inventar, Maschinen und Geräte	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
51	AIA Fahrzeuge	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
52	AIA Funk/ Kommunikation	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
53	AIA medizinisches Gerät	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
54	AIA für GWG	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
55	Gesamt Abschreibungen (AIA)	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0
56	Bruttogesamtkosten	0		ZS	0	0	0	0	0	0	0	0
57	Zuschüsse/ Zuweisungen	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
58	Finanzerträge	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
59	Versicherungsleistungen	0	4		0	0	0	0	0	0	0	0
60	Sonstige Einnahmen	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0
61	Verkaufserlöse aus Anlagenabgang	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0
62	Gesamt Abzüge	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0
63	Gesamtkosten RD gem. § 15 NRettDG	0			0	0	0	0	0	0	0	0

* Gemäß Kostenrichtlinien

Betriebsabrechnungsbogen „Leistungserbringer“

Betriebsabrechnungsbogen für den Rettungsdienst in Niedersachsen*)										Spalten bei Bedarf zuschaltbar			
Leistungserbringer: LE 01										für den Berichtszeitraum Leerfeld			
Zeile	Kostenarten	Summe	US	KZ	Hilfs-Kostenstellen				A-Kst				
					RTW	KTW	NEF	MZF	Ausbildung NotfallSan	Verwaltung	LE-OEL	LE-GSE	
1	2	3	4	5	14	15	16	17	23	18	20	21	
1	Personalkosten hauptamtlich	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	
2	Personalkosten nebenamtlich	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	
3	Personalkosten ehrenamtlich	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	
4	Personalkosten FSJ & Bundesfreiwillig-D	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	
5	Personalkosten Notarzt	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	
6	Personalkosten "fiktive Verwaltung"	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	
7	Personalkosten Reinigungspersonal	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
8	Summe Personalkosten	0		ZS	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	Aus- und Fortbildungskosten	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	
10	sonstige Sach-/Nebenkosten Personal	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	
11	Gesamt Personalnebenkosten	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	Mieten, Pachten	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
13	Nebenkosten / Energie	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
14	Fremdreinigung / Reinigungsmaterial	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
15	Gebäudeversicherung / Steuer	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
16	Gesamt Sachkosten Betriebsräume	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	Grundstücksanlagen Instandhaltung	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
18	Betriebsräume Instandhaltung	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
19	Techn. Betriebsanlagen Instandhaltung	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
20	Gesamt Instandhaltung	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	Betriebsstoffe	0	4		0	0	0	0	0	0	0	0	
22	Reparatur / Wartung KFZ	0	4		0	0	0	0	0	0	0	0	
23	Reparatur Unfallschaden	0	4		0	0	0	0	0	0	0	0	
24	Versicherung / Steuer KFZ	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
25	Reparaturen KFZ-Funk / Telekomm.	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
26	Miete / Leasing	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
27	Gesamt Fahrzeuge	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0	
28	Schutzbekleidung Beschaffung / Reinigung	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
29	Med. Gerät Wartung / Reparatur	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
30	Arzneimittel / med. Sauerstoff	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
31	Med. Sachbedarf / Einwegmat	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
32	Gesamt Einsatzkosten	0	5		S	0	0	0	0	0	0	0	
33	Büro- / Verwaltungsbedarf	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
34	Telekommunikation	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
35	EDV-Kosten	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
36	Rechts- und Beratungskosten	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
37	Aufklärung	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
38	Inkasso	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
39	Sonstige Versicherungen	0	5		0	0	0	0	0	0	0	0	
40	Sachkosten "fiktive Verwaltung"	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	
41	Gesamt Allgemeinkosten	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0	
42	Verzinsung Eigenkapital	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
43	Zinsen für Fremdkapital	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
44	Kontokorrentzinsen / Bankgebühren	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
45	Gesamt Zinsen	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0	
46	Summe Sachkosten	0		ZS	0	0	0	0	0	0	0	0	
47	AfA Außenanlagen	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
48	AfA Gebäude	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
49	AfA techn. Bauanlagen, Heizung / Klima	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
50	AfA Inventar, Maschinen und Geräte	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
51	AfA Fahrzeuge	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
52	AfA Funk / Kommunikation	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
53	AfA medizinisches Gerät	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
54	AfA für GWG	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
55	Gesamt Abschreibungen (AfA)	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0	
56	Bruttogesamtkosten	0		ZS	0	0	0	0	0	0	0	0	
57	Zuschüsse / Zuweisungen	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
58	Finanzerträge	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
59	Versicherungsleistungen	0	4		0	0	0	0	0	0	0	0	
60	Sonstige Einnahmen	0	2		0	0	0	0	0	0	0	0	
61	Verkaufserlöse aus Anlagenabgang	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	
62	Gesamt Abzüge	0		S	0	0	0	0	0	0	0	0	
63	Gesamtkosten RD gem. § 15 NRettDG	0			0	0	0	0	0	0	0	0	

*) Gemäß Kostenrichtlinien

Betriebsabrechnungsbogen „Träger“

Betriebsabrechnungsbogen für den Rettungsdienst in Niedersachsen*)

###

Zeile	Kostenarten	Summe	US	KZ	Allgemeine Kostenstellen			
					Rettungs- leitstelle	OEL	Groß- schadens- ereignis	Träger- Verwaltung
1	2	3	4	5	19	20	21	22
1	Personalkosten hauptamtlich	0	0		0	0	0	0
2	Personalkosten nebenamtlich	0	0		0	0	0	0
3	Personalkosten ehrenamtlich	0	0		0	0	0	0
4	Personalkosten FSJ & Bundesfreiwilligendienst	0	0		0	0	0	0
5	Personalkosten Notarzt	0	0		0	0	0	0
6	Personalkosten "fiktive Verwaltung"	0	0		0	0	0	0
7	Personalkosten Reinigungspersonal	0	0		0	0	0	0
8	Summe Personalkosten	0		ZS	0	0	0	0
9	Aus- und Fortbildungskosten	0	0		0	0	0	0
10	sonstige Sach-/Nebenkosten Personal	0	0		0	0	0	0
11	Gesamt Personalebenkosten	0		S	0	0	0	0
12	Mieten, Pachten	0	0		0	0	0	0
13	Nebenkosten / Energie	0	0		0	0	0	0
14	Fremdreinigung / Reinigungsmaterial	0	0		0	0	0	0
15	Gebäudeversicherung / Steuer	0	0		0	0	0	0
16	Gesamt Sachkosten Betriebsräume	0		S	0	0	0	0
17	Grundstücksanlagen Instandhaltung	0	0		0	0	0	0
18	Betriebsräume Instandhaltung	0	0		0	0	0	0
19	Techn. Betriebsanlagen Instandhaltung	0	0		0	0	0	0
20	Gesamt Instandhaltung	0		S	0	0	0	0
21	Betriebsstoffe	0	0		0	0	0	0
22	Reparatur / Wartung KFZ	0	0		0	0	0	0
23	Reparatur Unfallschaden	0	0		0	0	0	0
24	Versicherung / Steuer KFZ	0	0		0	0	0	0
25	Reparaturen KFZ-Funk / Telekomm.	0	0		0	0	0	0
26	Miete / Leasing	0	0		0	0	0	0
27	Gesamt Fahrzeuge	0		S	0	0	0	0
28	Schutzbekleidung Beschaffung / Reinigung	0	0		0	0	0	0
29	Med. Gerät Wartung / Reparatur	0	0		0	0	0	0
30	Arzneimittel / med. Sauerstoff	0	0		0	0	0	0
31	Med. Sachbedarf / Einwegmat.	0	0		0	0	0	0
32	Gesamt Einsatzkosten	0		S	0	0	0	0
33	Büro- / Verwaltungsbedarf	0	0		0	0	0	0
34	Telekommunikation	0	0		0	0	0	0
35	EDV-Kosten	0	0		0	0	0	0
36	Rechts- und Beratungskosten	0	0		0	0	0	0
37	Aufklärung	0	0		0	0	0	0
38	Inkasso	0	0		0	0	0	0
39	Sonstige Versicherungen	0	0		0	0	0	0
40	Sachkosten "fiktive Verwaltung"	0	0		0	0	0	0
41	Gesamt Allgemeinkosten	0		S	0	0	0	0
42	Verzinsung Eigenkapital	0	0		0	0	0	0
43	Zinsen für Fremdkapital	0	0		0	0	0	0
44	Kontokorrentzinsen / Bankgebühren	0	0		0	0	0	0
45	Gesamt Zinsen	0		S	0	0	0	0
46	Summe Sachkosten	0		ZS	0	0	0	0
47	AfA Außenanlagen	0	0		0	0	0	0
48	AfA Gebäude	0	0		0	0	0	0
49	AfA techn. Bauanlagen, Heizung / Klima	0	0		0	0	0	0
50	AfA Inventar, Maschinen und Geräte	0	0		0	0	0	0
51	AfA Fahrzeuge	0	0		0	0	0	0
52	AfA Funk / Kommunikation	0	0		0	0	0	0
53	AfA medizinisches Gerät	0	0		0	0	0	0
54	AfA für GWG	0	0		0	0	0	0
55	Gesamt Abschreibungen (AfA)	0		S	0	0	0	0
56	Bruttogesamtkosten	0		ZS	0	0	0	0
57	Zuschüsse / Zuweisungen	0	0		0	0	0	0
58	Finanzerträge	0	0		0	0	0	0
59	Versicherungsleistungen	0	0		0	0	0	0
60	Sonstige Einnahmen	0	0		0	0	0	0
61	Verkaufserlöse aus Anlagenabgang	0	0		0	0	0	0
62	Gesamt Abzüge	0		S	0	0	0	0
63	Gesamtkosten RD gem. § 15 NRettDG	0			0	0	0	0

*) Gemäß Kostenrichtlinien

Betriebsabrechnungsbogen „Rettungsdienstbereich“

Betriebsabrechnungsbogen für den Rettungsdienst in Niedersachsen*)

###

Zeile	Kostenarten	Summe	US	RZ	Hauptkostenstellen			Hilfskostenstellen				Allgemeine Kostenstellen						
					Notfall- rettung	Qualifizier- ter KTP	Notarzt- dienst	RTW	RTW	NEF	MZF	Ausbildung Notfallsan	Verwaltung	Rettungs- leitstelle	OEL	Groß- schadens- ereignis	Träger- Verwaltung	
1	2	3	4	5	6	7	8	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
1	Personalkosten hauptamtlich	0	1					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	Personalkosten nebenamtlich	0	1					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
3	Personalkosten ehrenamtlich	0	1					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
4	Personalkosten FSJ & Bundesfreiwilligendienst	0	1					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
5	Personalkosten Notarzt	0	1					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
6	Personalkosten "fiktive Verwaltung"	0	1					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	Personalkosten Reinigungspersonal	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
8	Summe Personalkosten	0		ZS				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
9	Aus- und Fortbildungskosten	0	1					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
10	sonstige Sach-/Nebenkosten Personal	0	1					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
11	Gesamt Personalkosten	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
12	Mieten, Pachten	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
13	Nebenkosten / Energie	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
14	Fremdreinigung / Reinigungsmaterial	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
15	Gebäudeversicherung / Steuer	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
16	Gesamt Sachkosten Betriebsräume	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
17	Grundstücksanlagen Instandhaltung	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
18	Betriebsräume Instandhaltung	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
19	Techn. Betriebsanlagen Instandhaltung	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
20	Gesamt Instandhaltung	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
21	Betriebsstoffe	0	4					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
22	Reparatur / Wartung KFZ	0	4					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
23	Reparatur Unfallschaden	0	4					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
24	Versicherung / Steuer KFZ	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
25	Reparaturen KFZ-Funk / Telekomm.	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26	Miete / Leasing	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
27	Gesamt Fahrzeuge	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
28	Schutzkleidung Beschaffung / Reinigung	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
29	Med. Gerät Wartung / Reparatur	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
30	Arzneimittel / med. Sauerstoff	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
31	Med. Sachbedarf / Einwegmaterial	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
32	Gesamt Einsatzkosten	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
33	Büro- / Verwaltungsbedarf	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
34	Telekommunikation	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
35	EDV-Kosten	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
36	Rechts- und Beratungskosten	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
37	Aufklärung	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
38	Inkasso	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
39	Sonstige Versicherungen	0	5					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
40	Sachkosten "fiktive Verwaltung"	0						0	0	0	0	0	0	0	0	0		
41	Gesamt Allgemeinkosten	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
42	Verzinsung Eigenkapital	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
43	Zinsen für Fremdkapital	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
44	Kontokorrentzinsen / Bankgebühren	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
45	Gesamt Zinsen	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
46	Summe Sachkosten	0		ZS				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
47	AFA Außenanlagen	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
48	AFA Gebäude	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
49	AFA techn. Anlagen, Heizung / Klima	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
50	AFA Inventar, Maschinen und Geräte	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
51	AFA Fahrzeuge	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
52	AFA Funk / Kommunikation	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
53	AFA medizinisches Gerät	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
54	AFA für GWO	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
55	Gesamt Abschreibungen (AFA)	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
56	Bruttogesamtkosten	0		ZS				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
57	Zuschüsse / Zuweisungen	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
58	Finanzerträge	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
59	Versicherungsleistungen	0	4					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
60	Sonstige Einnahmen	0	2					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
61	Verkaufserlöse aus Anlagenabgang	0	3					0	0	0	0	0	0	0	0	0		
62	Gesamt Abzüge	0		S				0	0	0	0	0	0	0	0	0		
63	Gesamtkosten RD gem. § 15 NRettDG	0						0	0	0	0	0	0	0	0	0		
64	Zuordnung zur H-Kst Notfallrettung	0			0			0			0	0						
65	Zuordnung zur H-Kst Qual. KTP	0				0			0		0	0						
66	Zuordnung zur H-Kst Notarztendienst	0					0			0	0							
67	Verrechnung Notfallrettung durch RTW	0			0	0												
68	Verrechnung KTP durch RTW	0			0	0												
69	Aufteilung Verwaltung	0			0	0		0					0					
70	Aufteilung Rettungsleitstelle	0			0	0								0				
71	Aufteilung OEL	0			0	0									0			
72	Aufteilung Großschadensereignis	0			0	0										0		
73	Aufteilung Trägerverwaltung	0			0	0										0		
74	Gesamtkosten RD gem. § 15 NRettDG	0			0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		
75	Vortragbares Betriebsergebnis	0			0	0		0										
76	Aus Erträgen zu decken	0			0	0		0										

*) Gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 1

Erläuterung der Kostenarten

Die nachstehende Erläuterung ist beispielhaft.

Zeile	Kostenart	Erläuterung
1	Personalkosten hauptamtlich	Bruttokosten einschließlich Arbeitgeberanteile, betriebliche Altersvorsorge
2	Personalkosten nebenamtlich	Bruttokosten einschließlich Arbeitgeberanteile, betriebliche Altersvorsorge
3	Personalkosten ehrenamtlich	Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer
4	Personalkosten FSJ & Bundesfreiwilligendienste	Bruttobeträge für FSJ bzw. Bundesfreiwilligendienste
5	Personalkosten Notärztin/Notarzt	Bruttokosten einschließlich Arbeitgeberanteile, Altersversorgung, Honorare/Vermittlungsgebühren
6	Personalkosten „fiktive Verwaltung“	Nach Vorgaben der Kostenrichtlinien Nummer 4.2
7	Personalkosten Reinigungspersonal	Bruttokosten einschließlich Arbeitgeberanteile, betriebliche Altersversorgung
8	Summe Personalkosten	Summe Zeilen 1 bis 7 des BAB
9	Aus- und Fortbildungskosten	Alle mit der Aus- und Fortbildung verbundenen Sachkosten, so z. B. Reise-, Seminar-, Dozenten-, und Verpflegungskosten
10	Sonstige Sach-/Nebenkosten Personal	Z. B. Reisekosten, Ausgleichsabgabe, BG, zusätzliche Personenversicherungen
11	Gesamt Personalnebenkosten	Summe Zeilen 9 bis 10 des BAB
12	Mieten, Pachten	Bei Warmmieten einschließlich Nebenkosten
13	Nebenkosten/Energie	Abgaben, Gebühren, Energie, Schornsteinfeger, Heizung, Strom, Wasser, Abwasser
14	Fremdreinigung/Reinigungsmaterial	
15	Gebäudeversicherung/Steuer	Grundstückshaftpflicht, Inventarversicherung
16	Gesamt Sachkosten Betriebsräume	Summe Zeilen 12 bis 15 des BAB
17	Grundstücksanlagen Instandhaltung	Instandhaltung an Außenanlagen wie z. B. Hofanlage, Zaun
18	Betriebsräume Instandhaltung	Instandhaltung aller Diensträume/Gebäude der Rettungswache/Verwaltung
19	Technische Betriebsanlagen Instandhaltung	Instandhaltung z. B. Leitstellentechnik, EDV, Gebäudeanlagen wie Tore, Waschküche
20	Gesamt Instandhaltung	Summe Zeilen 17 bis 19 des BAB
21	Betriebsstoffe	z. B. Diesel, Benzin, Gas

Zeile	Kostenart	Erläuterung
22	Reparatur/Wartung Kfz	Reparaturen, Bereifung, Wartung einschließlich Öle
23	Reparatur Unfallschaden	Kosten für Unfallreparaturen einschließlich Abschleppen
24	Versicherung/Steuer Kfz	Kfz-Steuer, Kfz-Versicherung (Rechtschutz/Kasko/Haftpflicht) wie auch Inhaltsversicherungen
25	Reparaturen Kfz-Funk/Telekommunikation	Reparaturen und Einbaukosten in Fahrzeuge für Funk- und Kommunikationsgeräte
26	Miete/Leasing	Ausschließlich für Fahrzeuge
27	Gesamt Fahrzeuge	Summe Zeilen 21 bis 26 des BAB
28	Schutzbekleidung Beschaffung/Reinigung	Schutzbekleidung für Personal Beschaffungs-/Reinigungskosten oder auch Leasingkosten
29	Medizinisches Gerät Wartung/Reparatur	Kosten für Reparaturen, Wartung, Versicherung, Leasing für medizinische Geräte
30	Arzneimittel/medizinischer Sauerstoff	
31	Medizinischer Sachbedarf/Einwegmaterial	Verbandmittel, Einmalartikel, Wäsche für Fahrzeuge, Kleingeräte, Druckluft
32	Gesamt Einsatzkosten	Summe Zeilen 28 bis 31 des BAB
33	Büro-/Verwaltungsbedarf	Allgemeine Büroartikel, Büromaschinen auch Leasing, Fachzeitschriften, Fachbücher
34	Telekommunikation	Gebühren aller Art, Anlagenkosten/-Mieten
35	EDV-Kosten	Kosten der Anlagen und Software einschließlich Wartung und Updates
36	Rechts- und Beratungskosten	
37	Aufklärung	Kosten für Veröffentlichungen
38	Inkasso	Kosten bei Inanspruchnahme von Abrechnungszentren
39	Sonstige Versicherungen	Soweit nicht in 10, 24 und 29 enthalten
40	Sachkosten „fiktive Verwaltung“	Nach Vorgaben der Kostenrichtlinien Nummer 4.2
41	Gesamt Allgemeinkosten	Summe Zeilen 33 bis 40 des BAB
42	Verzinsung Eigenkapital	Nach Vorgaben der Kostenrichtlinien Nummer 3.3.2
43	Zinsen für Fremdkapital	
44	Kontokorrentzinsen/Bankgebühren	

Zeile	Kostenart	Erläuterung
45	Gesamt Zinsen	Summe Zeilen 42 bis 44 des BAB
46	Summe Sachkosten	Summe Zeilen 11, 16, 20, 27, 32, 41 und 45 des BAB
47	AfA Außenanlagen	
48	AfA Gebäude	
49	AfA technische Bauanlagen, Heizung/Klima	
50	AfA Inventar, Maschinen und Geräte	Einschließlich Leitstellentechnik, Datenerfassung
51	AfA Fahrzeuge	
52	AfA Funk/Kommunikation	AfA für Funkgeräte, Telekommunikation, Navigation usw.
53	AfA medizinisches Gerät	
54	AfA für GWG	Geringwertige Wirtschaftsgüter entsprechend den Kostenrichtlinien nach Nummer 3.3.1

55	Gesamt Abschreibungen (AfA)	Summe Zeilen 47 bis 54 des BAB
56	Bruttogesamtkosten	Summe Zeilen 8, 46 und 55 des BAB
57	Zuschüsse/Zuweisungen	Erstattungen für Dienste bzw. Ausbildung, auch für FSJ/Bundesfreiwilligendienst
58	Finanzerträge	Skonti, Zinserträge
59	Versicherungsleistungen	Erstattungen von Versicherungen, z. B. aus Fahrzeugschäden Kasko bzw. Haftpflicht
60	Sonstige Einnahmen	Sonstige nicht zuzuordnende Einnahmen
61	Verkaufserlöse aus Anlagenabgang	
62	Gesamtsumme Abzüge	Summe Zeilen 57 bis 61 des BAB
63	Gesamtkosten RD gemäß § 15 NRettDG	Summe Zeilen 56 bis 62 des BAB

Anlage 3

Erläuterung der Umlageschlüssel (US)

Die Buchung der allgemeinen Kostenstellen muss direkt erfolgen.

Die US dienen der Verteilung der Kosten auf die Hilfskostenstellen, soweit sie dort nicht direkt zuordnungsfähig sind. Generell sind die Kosten möglichst direkt zuzuordnen. Die Kostenzuordnung mittels US erfolgt nur dann hilfsweise, wenn eine Direktzuordnung im Einzelfall nicht möglich ist.

Die Kosten werden unter Anwendung der nachstehenden US verteilt.

US 1: Die Verteilung der Kosten erfolgt prozentual nach den dienstplanmäßigen Personal-Sollstunden.

US 2: Die Kostenverteilung erfolgt prozentual je Rettungsmittelart nach den Vorhaltestunden gemäß Bedarfsplan.

US 3: Die Kostenverteilung erfolgt prozentual nach der Zahl der Fahrzeuge (ohne Reservefahrzeuge) in der jeweiligen Rettungsmittelart, z. B.

5 Kfz = 100 %,
davon 1 RTW = 20 %,
3 KTW = 60 %,
1 NEF = 20 %.

US 4: Die Kostenverteilung erfolgt prozentual nach der jährlichen Kilometerleistung je Rettungsmittelart.

US 5: Die Kostenverteilung erfolgt prozentual nach Einsätzen (einschließlich Fehleinsätzen) je Rettungsmittelart.

Abrechnung für den Rettungsdienstbereich

Geschäftsjahr:

	Gesamtsummen	Notfallrettung	Krankentransport	Notarztdienst
1 Geleistete Zahlungen an Leistungserbringer auf der Basis der zu deckenden Gesamtkosten bzw. Budgetvereinbarung				
2 Trägereinrichtungen				
3 Beauftragter 1				
4 Beauftragter 2				
5 Beauftragter 3				
6 Summe Zahlungen an Leistungserbringer (= zu deckende Gesamtkosten)				
7 Abgrenzung Plankosten gegen Istkosten				
8 Forderungen/Verbindlichkeiten gegenüber Träger	**)			
9 Forderungen/Verbindlichkeiten gegenüber Beauftragtem 1	**)			
10 Forderungen/Verbindlichkeiten gegenüber Beauftragtem 2	**)			
11 Forderungen/Verbindlichkeiten gegenüber Beauftragtem 3	**)			
12 Summe Abgrenzung Plankosten gegen Istkosten	**)			
13 Zwischensumme (= Istkosten)	= Zeile 6 + Zeile 12	**)		
14 Vortragbares Betriebsergebnis Vorjahre				
15 Ist-Erlöse*)				
16 vortragbares Betriebsergebnis (= Über-/Unterdeckung)	= Zeile 13 + Zeile 14 + Zeile 15			

Hinweise zur Abrechnung

*) Die Erlösermittlung erfolgt wie in Nummer 2 der Richtlinie beschrieben.

**) In den Zeilen 8 bis 11 sind die Abweichungen von den zu deckenden Gesamtkosten darzustellen, wenn vorher entsprechende Vereinbarungen darüber getroffen wurden (z. B. Dynamisierungsfaktoren im Budget oder andere Ausnahmefaktoren.)

Einsatzstatistik

Die Systematik der Einsatzstatistik folgt in der Gliederung der Systematik der BAB (Rettungswache, Leistungserbringer, Träger, Rettungsdienstbereich). (Nur die weißen Felder sind auszufüllen.)

Daten Rettungswache

Leistungsdaten für den BAB Rettungsdienst in Niedersachsen										
Rettungsdienstbereich Musterkreis - für den Zeitraum 01.01.-31.12.2019										
Rettungswache Muster										
Zeile	Summe	Hilfskostenstelle								
		RTW	RTW	NEF	MZF	Sonstige 1	Sonstige 2	Sonstige 3	Sonstige 4	Sonstige 5
1	2	3	10	11	12	13	14	15	16	17
I. Rettungsdienststruktur										
101 Anzahl Rettungsmittel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
103 Vorhaltestunden pro Jahr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
105 Jahresstunden Einsatzpersonal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
107 Jahresstunden Notärzte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II. Leistungsdaten										
109 Gesamteinsätze (117+120+123)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
111 Davon Fehleinsätze	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
114 Einsätze abrechenbar für Entgeltkalk.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
117 Einsätze Notfallrettung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
120 Einsätze Krankentransport	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
123 Einsätze Notarztdienst	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126 Kilometer (131+134+137)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
128 Einsatz-Km abrechenbar für Entgeltkalk.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
131 Kilometer Notfallrettung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
134 Kilometer Krankentransport	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
137 Kilometer Notarztdienst	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
140 Einsatzdauer in Minuten ø	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
152 Reservefahrzeuge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berechnete Werte aus Tabelle RM-Vorhaltung zum Vergleich mit den Zeilen 101 bis 105										
153 Anzahl Rettungsmittel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
154 Vorhaltestunden pro Jahr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
155 Jahresstunden Einsatzpersonal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Leistungsdaten für den BAB Rettungsdienst in Niedersachsen*)

Leistungserbringer: IF 01

für den Berichtszeitraum Leerfeld

Zeile	Summe Insgesamt	Hilfs-Kostenstellen				
		RTW	KTW	NEF	MZF	
1	2	3	14	15	16	17
I. Rettungsdienststruktur						
101 Anzahl Rettungsmittel	0	0	0	0	0	0
102 Anteil in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
103 RM-Vorhaltestunden	0	0	0	0	0	0
104 Anteil in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
105 Jahresstunden Einsatzpersonal	0	0	0	0	0	0
106 Anteil in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
107 Jahresstunden Notärzte	0	0	0	0	0	0
108 Anteil in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
II. Leistungsdaten						
109 Gesamteinsätze	0	0	0	0	0	0
110 Anteil in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
111 Davon Fehleinsätze	0	0	0	0	0	0
112 Anteil in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
113 bezogen auf Einsätze insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
114 Einsätze abrechenbar für Entgeltkalk.	0	0	0	0	0	0
115 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
116 bezogen auf Einsätze insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
117 Gesamteinsätze Nofallrettung	0	0	0	0	0	0
118 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
119 bezogen auf Einsätze insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
120 Gesamteinsätze Krankentransport	0	0	0	0	0	0
121 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
122 bezogen auf Einsätze insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
123 Gesamteinsätze Notarztdienst	0	0	0	0	0	0
124 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
125 bezogen auf Einsätze insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
126 Kilometer insgesamt	0	0	0	0	0	0
127 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
128 Kilometer abrechenbar für Entgeltkalk.	0	0	0	0	0	0
129 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
130 bezogen auf Kilometer insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
131 Kilometer Notfallrettung	0	0	0	0	0	0
132 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
133 bezogen auf Kilometer insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
134 Kilometer Krankentransport	0	0	0	0	0	0
135 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
136 bezogen auf Kilometer insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
137 Kilometer Notarztdienst	0	0	0	0	0	0
138 Aufteilung in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
139 bezogen auf Kilometer insgesamt in %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
140 Einsatzdauer in Minuten Σ pro Einsatz	0	0	0	0	0	0

Leistungsdaten für den BAB Rettungsdienst in Niedersachsen*)

###

Zelle		Summe	Hilfs-Kostenstellen			
		Insgesamt	RTW	KTW	NEF	MZF
1	2	3	14	15	16	17
Leistungsdaten Rettungsleitstelle						
145	Einsätze Notfallrettung	0	0	0	0	0
146	Anteil in %	0,0%				
147	Einsätze Krankentransport	0	0	0	0	0
148	Anteil in %	0,0%				
149	Einsätze Notarztdienst	0	0	0	0	0
150	Anteil in %	0,0%				
151	Personalstunden Anteil Rettungsdienst	0				

Daten Rettungsdienstbereich

Leistungsdaten für den BAB Rettungsdienst in Niedersachsen*)

###

Zelle		Summe	Hilfskostenstellen			
		Insgesamt	RTW	KTW	NEF	MZF
1	2	3	14	15	16	17
I. Rettungsdienststruktur						
101 Anzahl Rettungsmittel		0	0	0	0	0
102 Anteil in %		0%	0%	0%	0%	0%
103 RM-Vorhaltestunden		0	0	0	0	0
104 Anteil in %		0%	0%	0%	0%	0%
105 Jahresstunden Einsatzpersonal		0	0	0	0	0
106 Anteil in %		0%	0%	0%	0%	0%
107 Jahresstunden Notärzte		0	0	0	0	0
108 Anteil in %		0%	0%	0%	0%	0%
II. Leistungsdaten						
109 Gesamteinsätze		0	0	0	0	0
110 Anteil in %		0%	0%	0%	0%	0%
111 Davon Fehleinsätze		0	0	0	0	0
112 Anteil in %		0%	0%	0%	0%	0%
113 bezogen auf Einsätze insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
114 Einsätze abrechenbar für Entgeltkalk.		0	0	0	0	0
115 Aufteilung in %		0%	0%	0%	0%	0%
116 bezogen auf Einsätze insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
117 Gesamteinsätze Notfallrettung		0	0	0	0	0
118 Aufteilung in %		0%	0%	0%	0%	0%
119 bezogen auf Einsätze insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
120 Gesamteinsätze Krankentransport		0	0	0	0	0
121 Aufteilung in %		0%	0%	0%	0%	0%
122 bezogen auf Einsätze insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
123 Gesamteinsätze Notarztdienst		0	0	0	0	0
124 Aufteilung in %		0%	0%	0%	0%	0%
125 bezogen auf Einsätze insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
126 Kilometer insgesamt		0	0	0	0	0
127 Aufteilung in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
128 Kilometer abrechenbar für Entgeltkalk.		0	0	0	0	0
129 Aufteilung in %		0%	0%	0%	0%	0%
130 bezogen auf Kilometer insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
131 Kilometer Notfallrettung		0	0	0	0	0
132 Aufteilung in %		0%	0%	0%	0%	0%
133 bezogen auf Kilometer insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
134 Kilometer Krankentransport		0	0	0	0	0
135 Aufteilung in %		0%	0%	0%	0%	0%
136 bezogen auf Kilometer insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
137 Kilometer Notarztdienst		0	0	0	0	0
138 Aufteilung in %		0%	0%	0%	0%	0%
139 bezogen auf Kilometer insgesamt in %		0,0%	0%	0%	0%	0%
140 Einsatzdauer in Minuten ø		0	0	0	0	0
III. Rettungsleitstelle						
145 Einsätze Notfallrettung		0	0	0	0	0
146 Anteil in %		0,0%				
147 Einsätze Krankentransport		0	0	0	0	0
148 Anteil in %		0,0%				
149 Einsätze Notarztdienst		0	0	0	0	0
150 Anteil in %		0,0%				
151 Personalstunden Anteil Rettungsdienst		0				

Kennzahlen

Kennzahlen für den Rettungsdienst in Niedersachsen*)

####

Zeile		Summe	Hauptkostenstellen			
		Insgesamt	NFR	KTP	Notarzt-Dienst	Sonstige
1	2	3	14	15	16	17
501	1.1 Gesamtkosten / RM-Vorhaltestunden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
502	1.2 Personalkosten / RM-Vorhaltestunden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
503	1.3 Sachkosten / RM-Vorhaltestunden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
504	1.4 Investitionskosten / RM-Vorhaltestunden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
505	1.5 Gesamtkosten / Gesamteinsätze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
506	1.6 Personalkosten / Gesamteinsätze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
507	1.7 Sachkosten / Gesamteinsätze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
508	1.8 Investitionskosten / Gesamteinsätze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
509	1.9 Variable Kosten / Gesamteinsätze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
510	2.1 Gesamteinsätze / 1.000 EW	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
511	2.2 Gesamteinsätze Jahr	0	0	0	0	0
512	2.3 Zeit pro Einsatz in Minuten	0	0	0	0	0
513	2.4 RTW Einsatzzeit / Vorhaltezeit	0,00%				
514	2.4 RTW als KTW Einsatzzeit / Vorhaltezeit	0,00%				
515	2.4 MZF Einsatzzeit / Vorhaltezeit	0,00%				
516	2.4 MZF als KTW Einsatzzeit / Vorhaltezeit	0,00%				
517	2.4 KTW als RTW Einsatzzeit / Vorhaltezeit	0,00%				
518	2.4 KTW qual. KTP Einsatzzeit / Vorhaltezeit	0,00%				
519	2.4 Notarzt Einsatzzeit / Vorhaltezeit	0,00%				
520	3.1 Personalstunden RLS für RD	0				
521	3.2 Einsätze / Personalstunden RLS	0,00				
522	3.3 Kosten RLS / Personalstunden RLS	0,00				
523	3.4 Kosten RLS / Einwohner	0,00				
524	3.5 Kosten RLS / Gesamt-Einsätze	0,00				

*) Gemäß Kostenrichtlinien

Anlagenverzeichnis*

Rettungsdienstbereich per 31.12.xxxx
 Leistungserbringer HiOrg 1

Bezeichnung	Nummer im Anlagenverzeichnis	Anschaffungszeitpunkt	AfA-Satz	Anschaffungs-wert [€]	Abschlusswert Vorjahr [€]	* + Zugang / Abgang [€]	AfA-Betrag [€]	Wert per 31.12. [€]	nachrichtlich: Finanzierung
z.B. Beatmungsgerät	12003	Okt 18	16,67%	12.000,00	11.499,90		2.000,40	9.499,50	Eigenkapital
z.B. Rettungswagen	12004	Jan 18	16,67%	117.000,00		117.000,00	19.503,90	97.496,10	Fremdkapital

* Das Anlagenverzeichnis ist jeweils auf der Ebene Leistungserbringer / Träger zu erstellen

Begriffsbestimmungen zur Kostenrechnungsrichtlinie**E****Einsatzfälle**

Einsatzfälle gemäß Nummer 4.2 Abschnitt II der Kostenrichtlinie sind die abrechenbaren Einsätze.

L**Leistungserbringer**

Leistungserbringer sind die trägereigenen Rettungsdienste (z. B. bei den Berufsfeuerwehren) gemäß § 4 NRettDG und die Beauftragten gemäß § 5 NRettDG. Keine Leistungserbringer sind z. B. die Rettungsleitstellen, Genehmigungsinhaber nach § 19 NRettDG, Notärztepools oder andere Beteiligte.

R**Rettungswache**

Als Rettungswache für die Bewertungen gemäß den Nummern 3.5 und 4.2 sind nur die Rettungswachen zu berücksichtigen, an denen ganzjährig und an mindestens fünf Tagen in der Woche ein RTW/MZF oder KTW gemäß Bedarfsplan vorgehalten wird.

Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter

Tabelle zur Ermittlung der durchschnittlichen Jahreskosten für Schüler nach NotSanG in Niedersachsen									
Rettungsdienstbereich Musterkreis - für den Zeitraum 01.01.-31.12.2019									
Rettungswache Muster									
Ausbildung zum Notfallsanitäter	Bezugsgröße	1. Aus- bildungsjahr	2. Aus- bildungsjahr	3. Aus- bildungsjahr	Gesamt	Durchschnitt p.a.	Durchschnitt pro Monat	Jahres- gesamtkosten (Mon. x Anz. Monate)	Zuordnung BAB Zeile Nr.
Ausbildungsvergütung monatlich	Tarif	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00					
Ausbildungsvergütung p.a. bei Anzahl Monate	0 0 Monate	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	1
Nebenkosten Arbeitgeber (z.B. BG / SV) % Aufschlag	0,00%	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	1
Personalkosten	€ p.a.	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Bekleidung	Person	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	28
Betriebsarzt / Eingangsuntersuchung / Impfung	Person	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	10
Sachkosten pro Schüler	pauschal	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	10
Versicherungen	Person	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	39
Personalnebenkosten	€ p.a.	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Schulgeld	Kosten	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	9
Prüfungsgebühr	pauschal				€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	9
Fahrsicherheitstraining	pauschal		€ 0,00		€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	9
Fachpraxiskosten Krankenhaus [€/p.a.]	Kosten	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	9
Praxisanleiterfreistellung [AG-Personalkosten p.a.]	€ 0,00								
Praxisanleiterfreistellung je Schüler [%-VK]	4,00%	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	1
Sonstiges	pauschal	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	10
Ausbildungskosten	€ p.a.	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Bruttogesamtkosten		€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Kostenabzüge									
Rettungssanitäter [AG Personalkosten p.a.]	€ 0,00								
Rettungssanitäter / Kompensationsanteil	30,00%	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00					
Kompensationserträge Fahrdienst	€ p.a.	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	1
Nettogesamtkosten		€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Ermittlung der Anzahl Monate zur Abrechnung									
In der Tabelle sind nur die grün unterlegten Felder auszufüllen!	Startmonat	Anz. Monate	Anz. Schüler	Summe Monate	Startmonat	Anz. Monate	Anz. Schüler	Summe Monate	Anzahl Monate zur Abrechnung
	Januar	1	0	0	Juli	1	0	0	0
	Februar	1	0	0	August	1	0	0	
	März	1	0	0	September	1	0	0	
	April	1	0	0	Oktober	1	0	0	
	Mai	1	0	0	November	1	0	0	
	Juni	1	0	0	Dezember	1	0	0	
Anzahl Azubi		0	BAB Zeile 1				€ 0,00		
			BAB Zeile 9				€ 0,00		
			BAB Zeile 10				€ 0,00		
			BAB Zeile 28				€ 0,00		
			BAB Zeile 39				€ 0,00		
			Insgesamt				€ 0,00		

Rettungsmittelvorhaltung (Tabelle 1)

Auflistung der Rettungsmittelvorhaltung (1)

Retungsdienstbereich Musterkreis - für den Zeitraum 01.01.-31.12.2019
 Rettungswache Muster

Minuten Red- und Umschichtzeiten		
0	0	0

[illegible]

^b bis zum 31.12.2022 können anstatt Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern auch Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten eingesetzt werden.

Rettungsmittelvorhaltung (Tabelle 2)

Auflistung der Rettungsmittelvorhaltung (2)

Rettungsdienstbereich Musterkreis - für den Zeitraum 01.01.-31.12.2019
 Rettungswache Muster

Machen Sie die folgenden Aussagen richtig (R) oder falsch (F) zu beurteilen.		
R	F	

[illegible][illegible]

⁹ bis zum 31.12.2022 können anstatt Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern auch Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten eingesetzt werden.

Personalbedarfsberechnung zum BAB Rettungsdienst in Niedersachsen

Personalbedarfsberechnung zum BAB Rettungsdienst in Niedersachsen

Rettungsdienstbereich Musterkreises - für den Zeitraum 01.01.-31.12.2019

Rettungswache Muster

Berechnung der Netto-Jahres-Arbeitsstundenleistung						
Beschreibung	Ausfalltage 1			Ausfalltage 2		
	NotSan RettA	RettSan	Sonstige	NotSan RettA	RettSan	Sonstige
1	2	3	4	5	6	7
01 Erholungsurlaub						
02 Zusatzurlaub						
04 Arbeitsbefreiung						
05 Krankheit						
06 Freistellung z.B. 24./31.12.						
07 Freizeitausgleich f. Arbeit an FT						
08 Fortbildung						
09 Bildungsurlaub						
10 Betriebsversammlung						
11 Sonstiges						
12 Summe Ausfalltage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14 wöchentliche Arbeitszeit						
15 Arbeitstage/Woche						
16 Netto-Jahres-Arbeitsstunden	0	0	0	0	0	0

Berechnung Personalbedarf 2019								
Beschreibung	Personal-Vorhalte-Stunden				Rechnerische Vollzeitkräfte			
	NotSan ¹⁾	RettSan	Sonstige	Insgesamt	NotSan ¹⁾	RettSan	Sonstige	Insgesamt
1	2	3	4	5	6	7	8	9
17 RM-Vorhaltung 1	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
18 Umkleide- und Rüstzeiten 1	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
19 Zwischensumme	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
20 RM-Vorhaltung 2	0	0	0	0	0,00	2,00	0,00	2,00
21 Umkleide- und Rüstzeiten 2	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
22 Zwischensumme	0	0	0	0	0,00	2,00	0,00	2,00
23 Freistellung Betriebsrat	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
24 Freistellung Sonderfunktionen	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
25 Ausfall-Rufbereitschaft	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
26 Einsatzbedingte Mehrarbeitszeiten	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
27 Personalsatz NotSan EP	0			0	0,00			0,00
28 Zwischensumme	0	0	0	0	0,00	2,00	0,00	2,00
29 Freistellung Rettungswachenleiter	0			0	0,03			0,03
30 Personalbedarf insgesamt	0	0	0	0	0,03	2,00	0,00	2,03
davon:								
31 Nebenamtliche / GFB	0	0	0	0				
32 Ehrenamtliche Kräfte	0	0	0	0				
33 FSJ & Bundesfrei-Dienst	0	0	0	0				
34 Zwischensumme	0	0	0	0				
35 Hauptamtliche Kräfte 1	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
36 Hauptamtliche Kräfte 2	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
37 Hauptamtliche Kräfte insgesamt	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Ist-Personalbestand	NotSan	RettA	RettSan	Sonstige	Inges
38 Qualifikationsprofil hauptamtliche Kräfte in VK	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
39 Qualifikationsprofil hauptamtliche Kräfte Anzahl Personen	0	0	0	0	0,00

1) Bis zum 31.12.2022 können anstatt Notfallsanitäter/innen auch Rettungsassistenten/innen eingesetzt werden.

Ermittlung der Kosten für die fiktive Verwaltung

Ermittlung der Kosten für die fiktive Verwaltung Rettungsdienst entsprechend der Richtlinien für die Ermittlung der wirtschaftlichen Gesamtkosten RD Niedersachsen und unter Berücksichtigung der Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V			
Anzahl	Aufgabenbereich	1 Geldmenge für	Ergebnis BAB Zeile 6
		2019	
0,00	Geldmengen für Geschäftsleitung / Verwaltung	69.480,79	0
0,00	Geldmengen für Personalbewirtschaftung	55.374,27	0
0,00	Geldmengen für Finanzbuchhaltung	55.374,27	0
	Zwischensumme A		0
0,00	Geldmengen für Fakturierung - Zwischensumme B	46.279,28	0
	Summe insgesamt incl. Fakturierung		0

Grundeinstellungen	
1	Anzahl anerkannter Rettungswachen
0	Vorhaltestunden Notärzte (RW-Statistik Zeile 107)
0,00	Anzahl hauptamtlicher Einsatzkräfte + Anzahl NotSan Azubi
0	Stunden EA / NA (Tabelle P-Bedarf Zeilen 30 + 31)
0,00	entspricht Einsatzkräften
0	Anzahl Bufdi/FSJ als Einsatzkräfte
0	Einsätze abrechenbar (Zeile 114 RW-Statistik)

Aufteilung GF	
0,00	für hauptamtlicher Kräfte
0,00	für Rettungswachen
0,00	für NA
0,00	für Bufdi
0,00	für EA / NA
0,00	Insgesamt

Aufteilung Personalbewirtschaftung	
0,00	aus RD/VK
0,00	für NA
0,00	für Anzahl Bufdi
0,00	für EA / NA
0,00	Insgesamt

B. Ministerium für Inneres und Sport**Landesausschuss „Rettungsdienst“
nach § 13 NRettDG;
Niedersächsische Umsetzung
Notfallsanitätäergesetz (NUN)****Bek. d. MI v. 27. 11. 2019 — 35.22-41576-10-13/0 —****Bezug:** Bek. v. 23. 11. 2018 (Nds. MBl. S. 1447)

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zu Rahmen-Algorithmen zur Aus- und Fortbildung und als Grundlage zur Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern (NotSan) in Niedersachsen in der **Anlage** bekannt gemacht.

Im NUN-Projekt wurden im Auftrag des MK und in Mitwirkung der Universität Osnabrück Rahmenkonzepte zur Schulung und Prüfung von NotSan in Niedersachsen erarbeitet. Auf dieser einheitlichen fachlichen Basis wurden mit dem Landesverband der ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) Niedersachsen/Bremen und der Landesarbeitsgemeinschaft RD-Schulen „Rahmen-Algorithmen“ zur Aus- und Fortbildung und als Grundlage zur Tätigkeit von NotSan — insbesondere in den invasiven und erweiterten Versorgungsmaßnahmen — entwickelt. Sie geben durch breiten Fachkonsens den ausführenden NotSan und dem delegierenden ÄLRD Rechtssicherheit und erlauben durch ihre Struktur eine individuelle Anpassung an lokale Notwendigkeiten im Rettungsdienstbereich. Eine jährliche Aktualisierung wird angestrebt.

Der Landesausschuss „Rettungsdienst“ empfiehlt die Umsetzung der von der Arbeitsgemeinschaft NUN und dem Landesverband der ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) Niedersachsen/Bremen erarbeiteten und entsprechend den wissenschaftlichen Fortschritten weiterzuentwickelnden Algorithmen als fachlich konsentierten Rahmen für das rettungsdienstliche Handeln der NotSan in Niedersachsen.

Die aktuellen NUN Empfehlungen (Version Jahrgang 2020) können auf der Internetseite des MI unter folgendem Link abgerufen werden: https://www.mi.niedersachsen.de/download/150055/Empfehlung_Jahrgang_2020_der_AG_NUN.pdf. Die Empfehlungen der Version 2019 (Bezugsbekanntmachung) verlieren damit ihre Gültigkeit.

— Nds. MBl. Nr. 48/2019 S. 1718

„NUN – Algorithmen“ zur Aus- und Fortbildung und als Grundlage zur Tätigkeit von Notfallsanitätern(innen) in Niedersachsen (Jahrgang 2020)

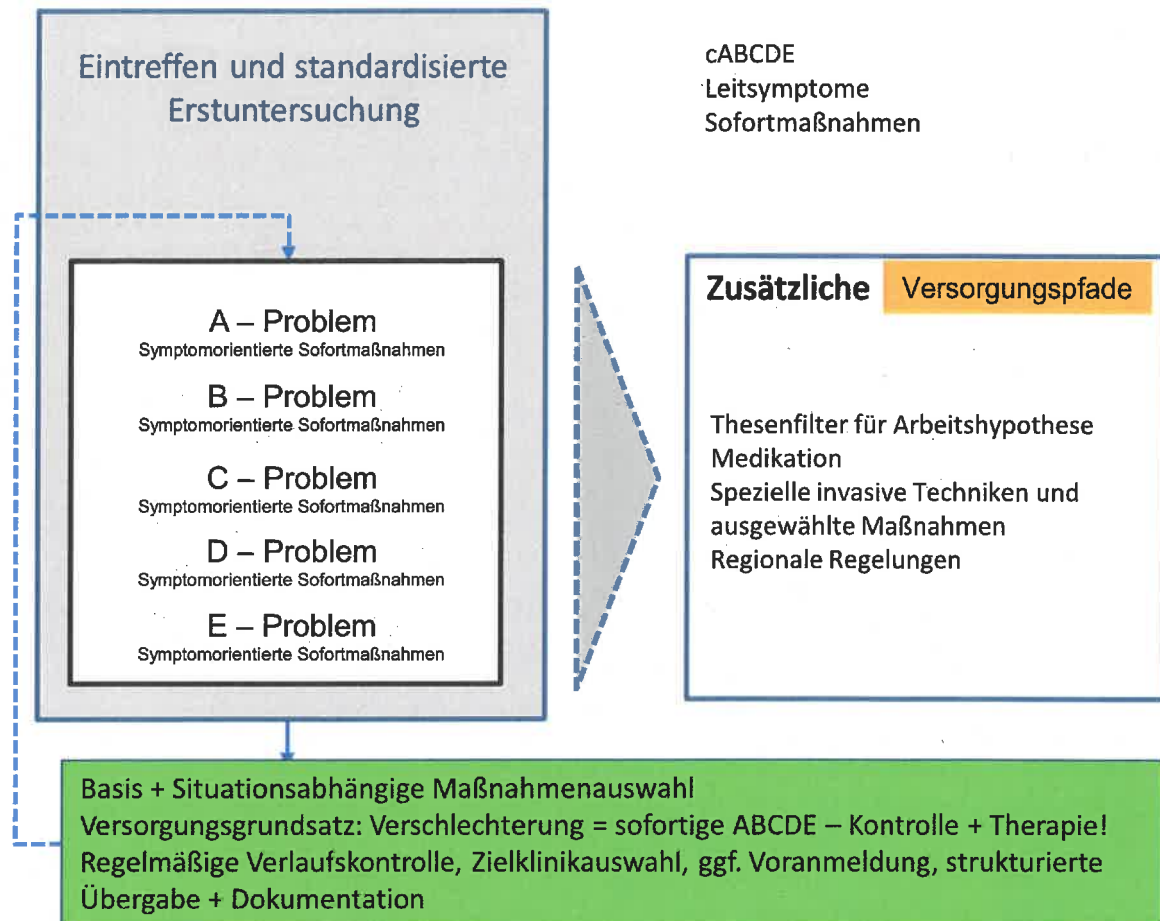
- Die nachfolgenden Algorithmen sind die einheitliche **niedersächsische Schulungsgrundlage für Notfallsanitäter(innen)** und werden vom LV ÄLRD* Niedersachsen / Bremen, in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft RD-Schulen, grundsätzlich jährlich aktualisiert.
- Die **vorliegenden Algorithmen** stellen somit den **grundsätzlichen Befähigungsrahmen in der Aus- und Fortbildung (Ausbildungsziel) und für die Anwendung im Rettungsdienst** dar. Durch fachspezifische Aus- und regelmäßige Fortbildung muss durch die Anwender der erforderliche grundlegende Wissensstand gewährleistet und beachtet werden.
- Die **Veröffentlichung** erfolgt über das Kultusministerium / Landesschulbehörde sowie den Landesausschuss Rettungsdienst.

Bei der **Anwendung von Medikationen und Maßnahmen** (besonders invasive Maßnahmen) sind immer die **regionalen Protokolle (SOP, Algorithmen etc.)** des / der zuständigen ÄLRD verbindlich. Die **regionale Verantwortung** obliegt den zuständigen ÄLRD.

- Alle Empfehlungen basieren auf dem Algorithmus „Ersteindruck / Erstuntersuchung (ABCDE-Schema)“. In diesem Bereich sind die Empfehlungen „symptomorientiert“. Ggf. werden zusätzliche spezielle Versorgungspfade basierend auf Arbeitshypothesen verknüpft.
- Grundsätzlich sind Leitlinieninhalte; Empfehlungen etc. eingearbeitet und durch die ÄLRD des LV Niedersachsen / Bremen für die Anwendung / Delegation an Notfallsanitäter(innen) bewertet worden.
- Alle gelben Felder enthalten Medikamentenbeispiele, bzw. invasive (erweiterte) Techniken, welche regional definiert und beachtet werden müssen. Schraffierte gelbe Felder unterliegen hierbei weiteren Besonderheiten (z.B. BTM etc.)- regionale Regelung!
- Die notärztliche Nachalarmierung bei Notwendigkeit erweiterter Maßnahmen unterliegt regionalen Vorgaben sowie der aktuellen Verfügbarkeit im Einsatzfall. Dies erfordert somit bei Nichtdurchführung eine sinnvolle Begründung basierend auf einer kritischen Einzelfallabwägung. Bei vitaler Bedrohung ist die schnellstmögliche Übergabe in (not)ärztliche Behandlung anzustreben.

* Ärztliche (r) Leiter(in) Rettungsdienst

Grundstruktur der NUN-Algorithmen



Das Erkennen und die Therapie von cABCDE-Problemen erfolgt als standardisiertes Stufenkonzept mit grundsätzlich steigender Komplexität und Invasivität.

Die Auswahl eines zusätzlichen Versorgungspfades erfolgt über eine Arbeitshypothese, welche mittels Thesenfilter gefestigt wird. Im begründeten Zweifelsfall ist von der Einleitung von speziellen (invasiven) Versorgungsmaßnahmen eines Versorgungspfades abzusehen.

Bezüglich delegierter Medikamentenauswahl, Dosis und Applikationsart entscheidet der/die ÄLRD in einem regionalen Protokoll.

Eintreffen und standardisierte Erstuntersuchung (cABCDE – Schema)

4 S

Sicherheit und Beurteilung der Einsatzstelle

- ✓ Persönliche Schutzausrüstung ausreichend?
- ✓ Gefahren an der Einsatzstelle, z.B. Hinweis auf CO Vergiftung - **Gefährdungslage**?
- ✓ Entspricht die Lage, Patientenanzahl dem Alarmierungsbild?
- ✓ Weitere Kräfte oder Ausrüstung erforderlich?
- ✓ **Sofortige Nachforderung** / Rückmeldung erforderlich?

Ersteindruck / Ersteinschätzung

- Gesamteindruck - vitale Bedrohung sofort erkennbar? Altersgruppe / Besonderheiten / Umgebung?

Stimulation und ggf. Oberkörper entkleiden (**Stripping**) zur AB-Beurteilung

- Schnelleinschätzung Bewusstsein: z.B. WASB

critical bleeding: Versorgungspfad „Lebensbedrohliche externe Blutung“ einleiten

A

Atemweg frei
und sicher?

N

- Atemweg freimachen
- Situationsabhängige Atemwegssicherung

- Situationsabhängige HWS-Immobilisation

B

Belüftung
ausreichend?

N

- Initial hochdosierte Sauerstoffgabe
- Assistierte / kontrollierte Beatmung
- Medikamenteneinhalation (s. Leitsymptomalgorithmus)
- Thoraxentlastungspunktion (nur bei vitaler Indikation und erfüllten Entlastungskriterien)

C

Kreislauffunktion
ausreichend?

N

- Blutstillung (lebensbedrohliche Blutung) s.o.
- CPR bei Kreislaufstillstand
- Situationsabhängig: Volumen, ggf. Katecholamine
- Suche nach Anzeichen für nicht stillbare (innere) lebensbedrohliche Blutung, oder lebensbedrohliche Verletzung
- Ziel: Erkennen der Transport- Versorgungsprioritäten
- Immer bei generalisiertem Traumamechanismus (z.B. STU = Schnelle Trauma Untersuchung)

D

Neurologie und
Bewusstseinslage

- Immer bei: < Wach in der Ersteinschätzung!
- GCS, Pupillen, BZ, DMS, Neurologie (CPSS, FAST, etc.)
- Leitsymptom, Arbeitshypothese, Versorgungspfad?

E

Erweiterte
Untersuchung

- Eigen- Fremdanamnese (SAMPLER & S, VAS, HITS, Hs, FAST...)
- Wärmeerhalt
- Situationsabhängig:
- Systematische / gezielte Untersuchung
- bedarfsgerechte Entkleidung
- Monitoring vervollständigen
- Asservierung von Giftstoffen
- Leitsymptom, Arbeitshypothese, Versorgungspfad
- Analgesie

Versorgungsgrundsatz: Verschlechterung = Unverzögliche ABCDE – Kontrolle und Therapie!
Leitsymptom(e) erheben, ggf. **Arbeitshypothese** eingrenzen und speziellen **Versorgungspfad** anwenden.
Alle Probleme entsprechend Priorität und Zeitfaktor behandeln!

Basis: ABCDE – Therapie, (spezielle) Lagerung, Ruhigstellung, psychologische Betreuung, zeitgerechter Transport, ggf. Voranmeldung regelmäßige Verlaufskontrolle, **erneute Beurteilung (Re-Assessment)**, Dokumentation, strukturierte Übergabe

Situationsabhängig: Notarznachforderung, Monitoring, situationsangepasste Sauerstoff-Gabe, Gefäßzugang, Infusion und Medikation (ggf. Leitsymptom- oder Verdachtsdiagnosealgorithmus) Übergabe in ärztliche Behandlung (Ärztlicher Notdienst, Hausarzt)

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

3

Versorgungspfad: Lebensbedrohliche externe Blutung

Eintreffen und standardisierte
Erstuntersuchung

Lebensbedrohliche externe Blutungen sollen
frühzeitig erkannt werden (Ersteinschätzung!)

c ABC – Situationsabhängig
Basismaßnahmen

- Die Blutstillung hat **Priorität** und wird als **kleines c** (critical bleeding) **vorgezogen – Prioritätenanpassung!**
- Ggf. **Delegation** und ABC parallel fortführen
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

Lebensbedrohliche
externe Blutung

Beispiele für Verletzungsmuster: Amputationsverletzungen proximal des Handgelenkes und/oder des Sprunggelenkes, tiefe Schnittwunden mit aktiver spritzender Blutung. (Größere) Stich-, Schuß- und Explosionswunden. Cave: Offene Frakturen!

Situationsabhängig
Hochlagerung, Abdrücken

Wenn aus Gründen der Einsatzsituation **nicht** möglich:
Situationsabhängig primäres Tourniquet erwägen

- „zu wenig Hände“: mehrere aktive kritische Wunden (an einem Patienten), MANV
- Schlechte Sicht – Nacht oder eingeklemmte Person
- Gefahr für Einsatzkräfte durch die Umgebung, ggf. Schnellrettung.

Schnellstmögliche direkte manuelle Kompression (geeignete Komresse!)
ggf. zusätzliche blutstillende Komresse(n)
oder Tamponaden (z.B. Körperstamm- oder stamznahe Verletzung)
Situationsabhängig (mehrfacher) Druckverband

Erfolg?

N

J

**Extremitäten
Anlage Tourniquet**

Beachte besonders Anlageort und
ausreichende Kompressionsstärke! Gefahr
der Stauung mit Blutungsverstärkung.
Suffiziente Analgesie (regionales Protokoll).

Analgesie
z.B. 12,5 – 25 mg (0,125–
0,25 mg/kg) Esketamin
+ 1 – 2 mg Midazolam

Beachte:
Varizenblutungen und
Shuntblutungen sind regelhaft
keine Indikation für ein
Tourniquet, da mit
(Druck)Verband zu
kontrollieren!
Ein Tourniquet bei „offener
Fraktur“ ist eine Ultima Ratio
und somit ein zu begründender
Ausnahmefall.

Erfolg?

N

J

- Anlage korrekt? Tourniquet überprüfen /
korrigieren: Sistieren der Blutung?
Kein peripherer Puls (falls möglich)?
Anhaltende Blutung: 2. Tourniquet anlegen

ABC DE fortführen
Prioritäten und Maßnahmen

Übergabe (not)ärztliche Weiterversorgung
Transport in Klinik
Übergabe mit Zeitpunkt der Anlage

Beachte regionale
Medikationsprotokolle

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

RDE= Richtdosis Erwachsene

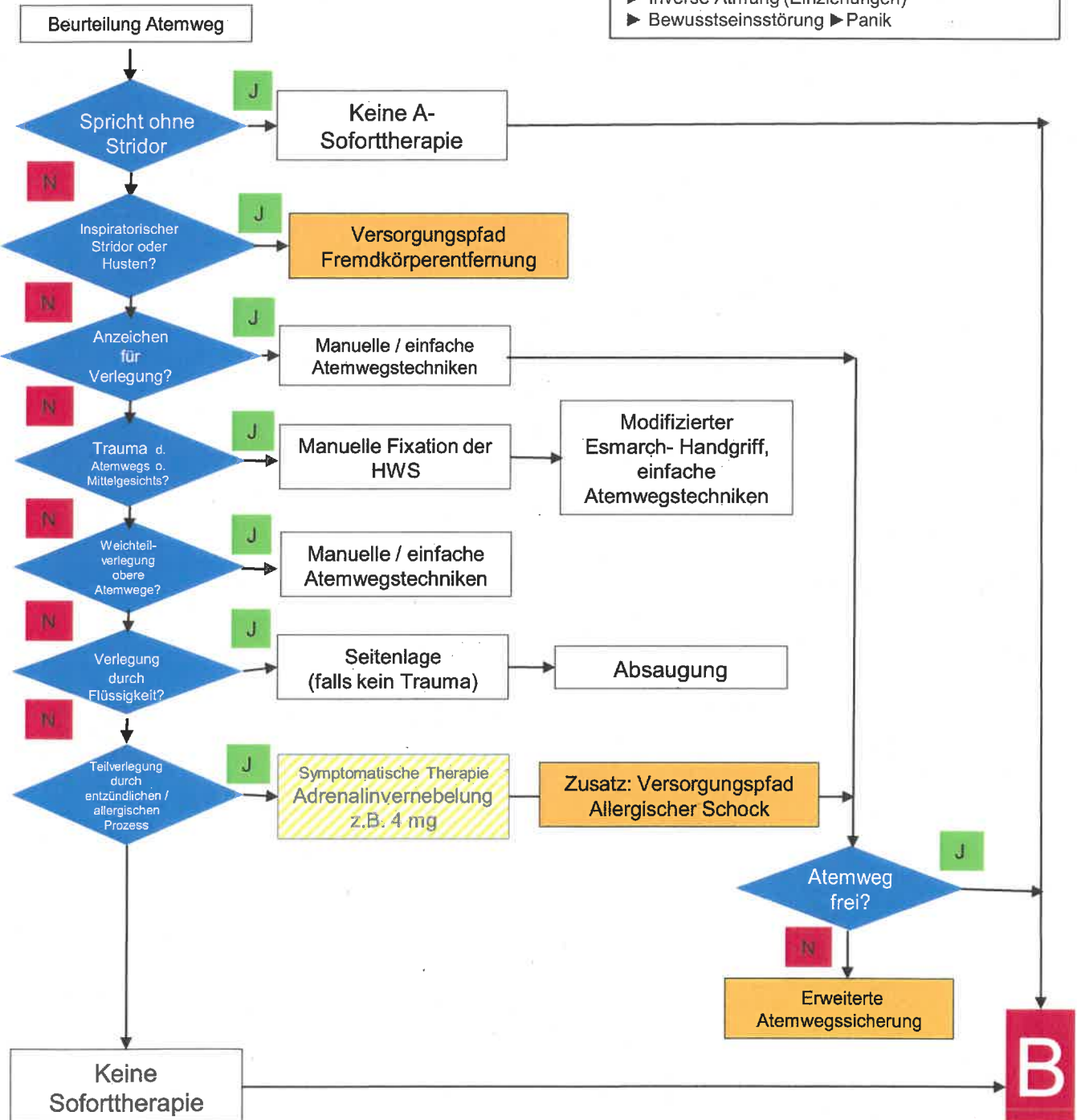


A – Problem

Symptomorientierte Sofortmaßnahmen

Anzeichen für A-Problem im Ersteindruck:

- Zyanose ► Stridor, Nasenflügeln (Säugling), Husten
- Tachypnoe- Dyspnoe- oder (Apnoe)
- Inverse Atmung (Einziehungen)
- Bewusstseinsstörung ► Panik



(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

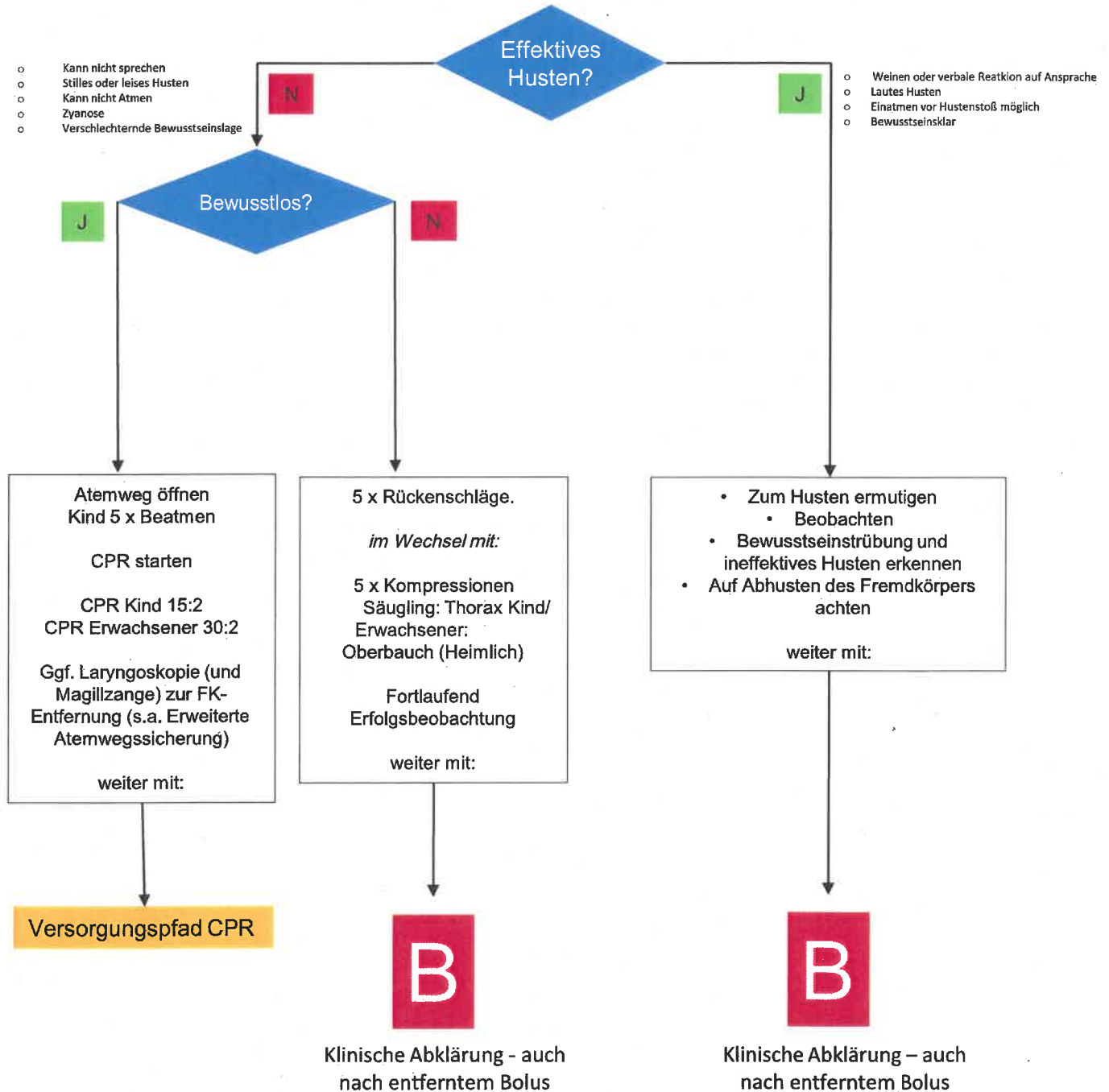
A

Versorgungspfad: Fremdkörperentfernung

Arbeitshypothese festigen (bspw.: Kehlkopfschwellung / trauma; Epiglottitis).

Hinweise ermitteln, beachte besonders:

- Situation / Ereignis / Dynamik
- Fremdanamnese (Zeugenaussagen)
- Altersgruppe / Vorerkrankungen / Fieber



(c) AG NUN-Algorithmen

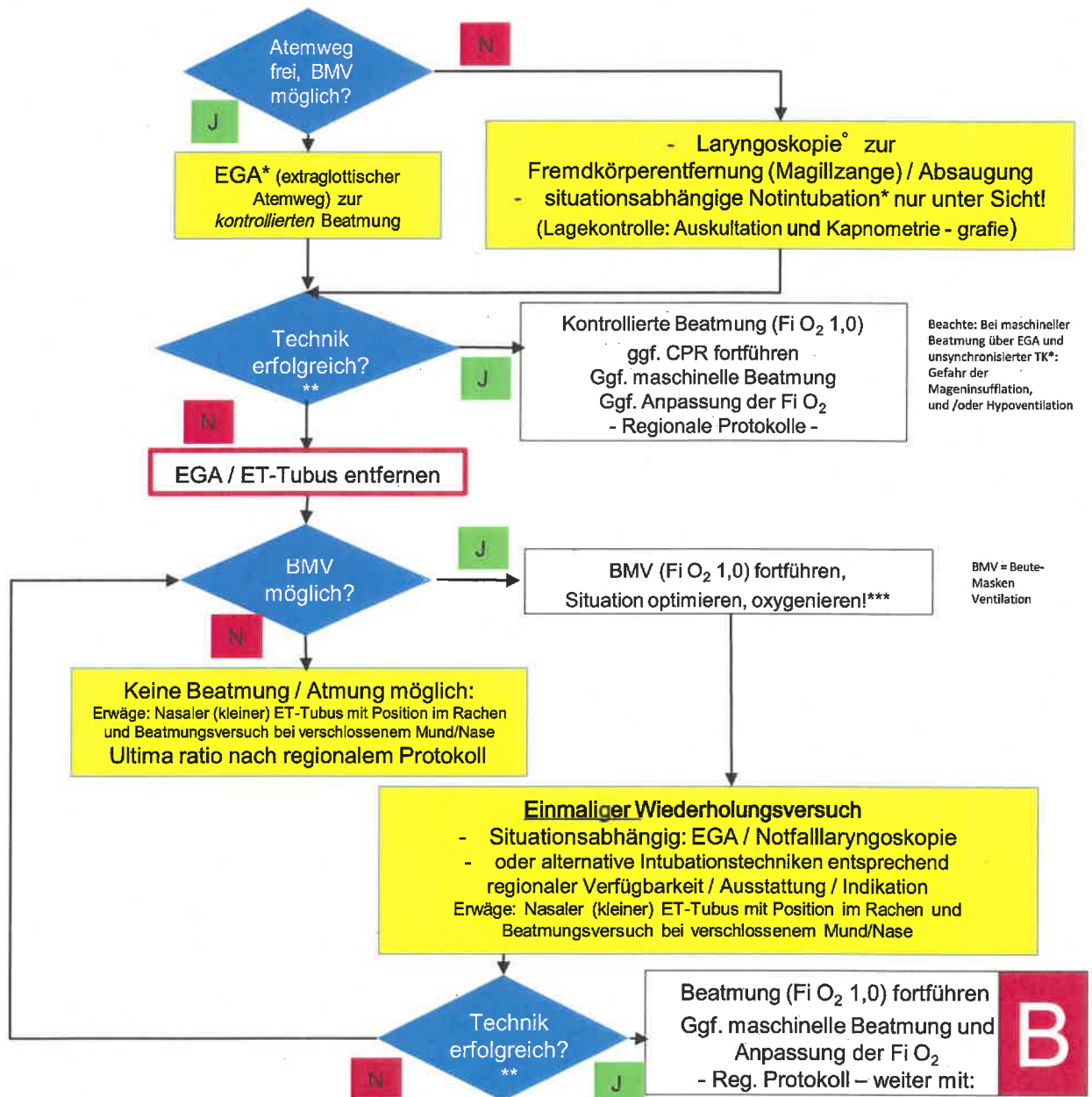
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD

Niedersachsen / Bremen

A

Versorgungspfad „Erweiterte (invasive) Atemwegssicherung“

Manuelle / einfache Techniken: (modifizierter) Esmarch- Handgriff, Guedel-, Wendltubus, Absaugen von Flüssigkeiten
Apnoe / Hypoventilation: Sauerstoffbeatmung $Fi O_2$ 1,0 (Beutelmaskenbeatmung (BMV), ggf. Zwei-Handtechnik) **beginnen**
 Bewusstseinslage: **Bewusstlos ohne Schutzreflexe CPR: Beachte CPR-Protokoll**



° Ausstattungsabhängig primärer Einsatz der Viedolaryngoskopie

* Beachte Zeitfenster: Notintubation bei CPR: maximal 5 sec. Unterbrechung der Thoraxkompressionen.

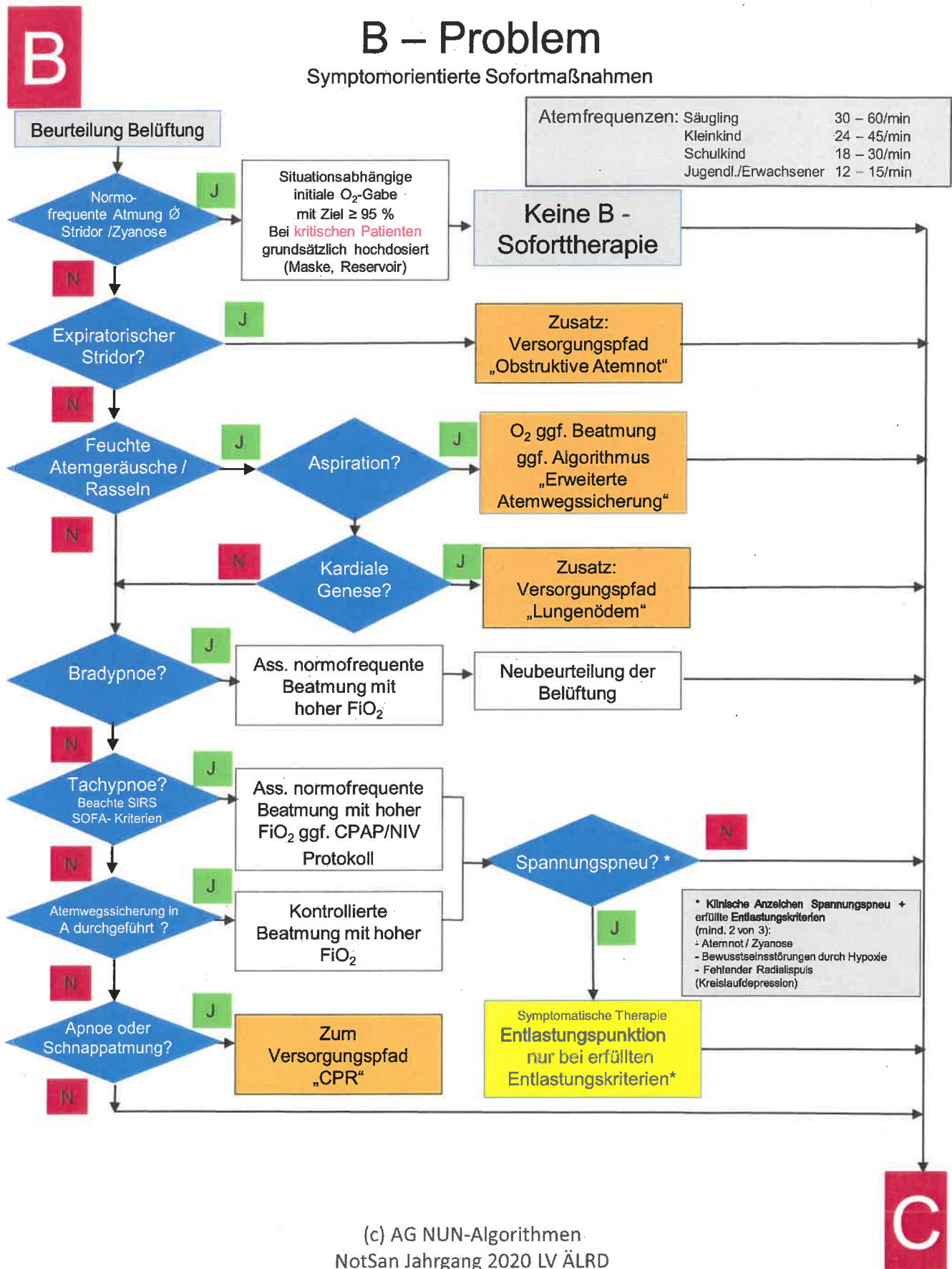
Bei CPR: Falls Bolusgeschehen unwahrscheinlich ist sofortiger EGA - Einsatz möglich; sonst initial BMV mit manuellen einfachen Techniken. **Cuffdruck!**

** Lagekontrolle: Auskultation und Kapnometrie / Kapnografie (immer bei invasiver Atemwegssicherung)

*** Nach zweimaligem Versagen erweiterter Techniken zur Atemwegssicherung: BMV fortführen bis weitere qualifizierte Hilfe (NA) verfügbar.

(c) AG NUN-Algorithmen
 NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
 Niedersachsen / Bremen

7

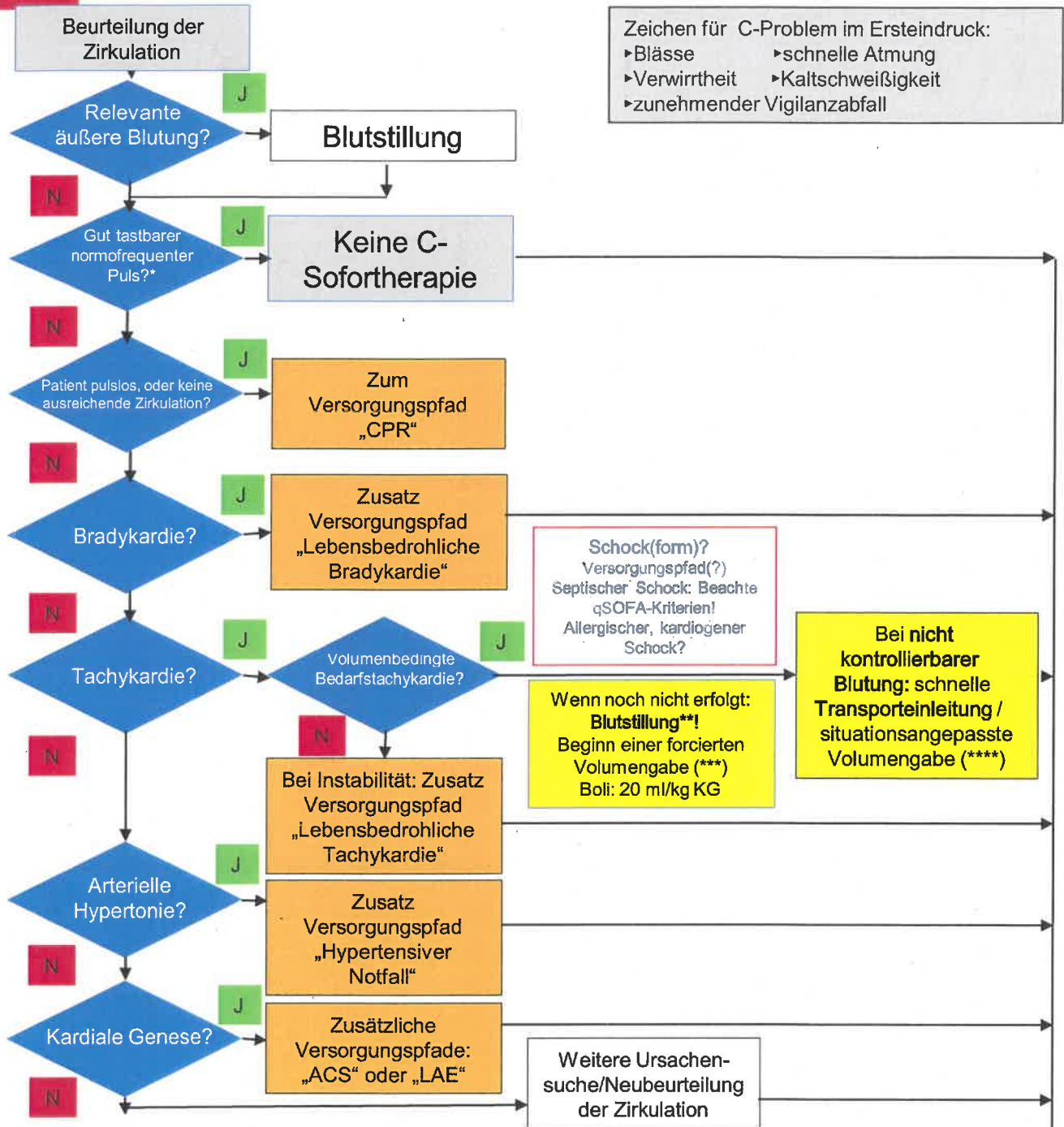


(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen



C – Problem

Symptomorientierte Sofortmaßnahmen



* Hinweise auf Dekompensationszeichen: Blässe, Schweißigkeit, Rekap. - Zeit

** Lebensbedrohliche Blutungen werden mit Priorität gestillt (Erkennen bei der Ersteinschätzung!)

*** Infusionstherapie mittels balancierter kristalloider Lösungen (z.B. Ionosteril® oder Ringer Acetat®) durchführen, bis Zeichen einer adäquaten Gewebeperfusion erkennbar; ggf. Katecholamingabe / kolloide Infusion durch NA oder im Rahmen separater regionaler Protokolle

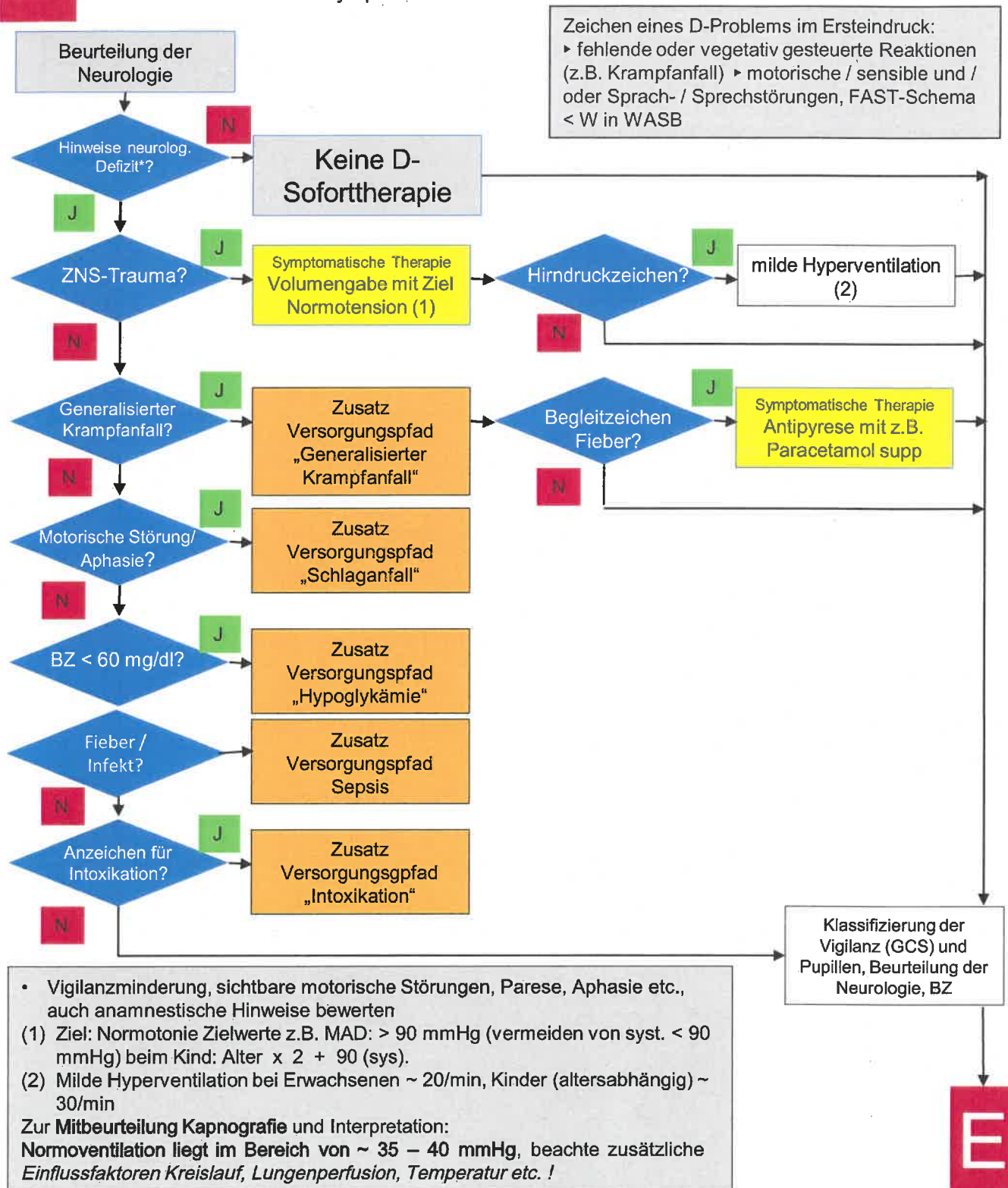
**** Beachte regionale Protokolle. Ziel niedrig stabiles Niveau ~ 90 mmHg syst. MAD 60 mmHg Bei SHT: Ziel Normotonie (oder MAD > 90 mmHg) Vermeiden einer Hypotonie (< 90 mmHg syst.)





D – Problem

Symptomorientierte Sofortmaßnahmen

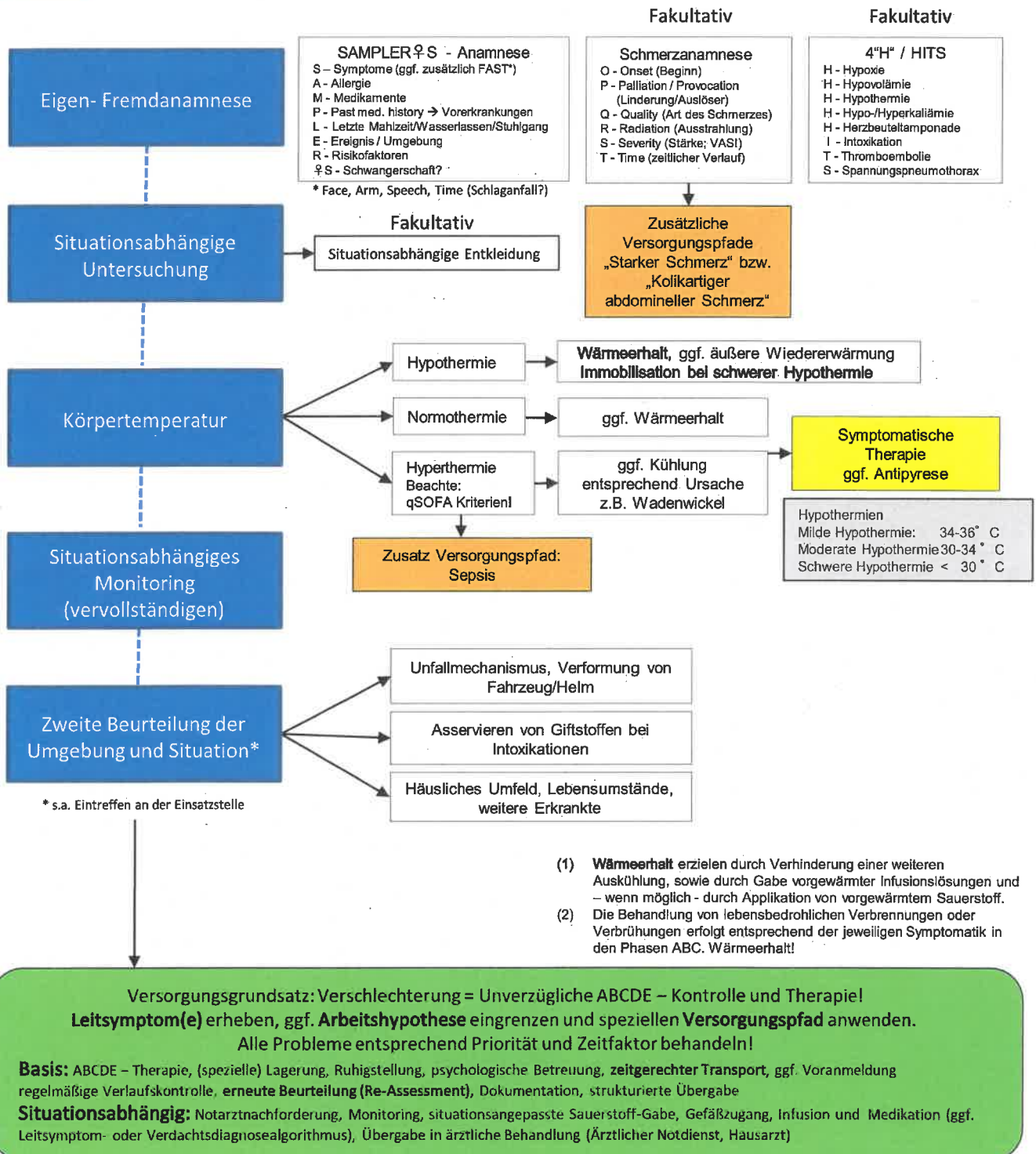


(c) AG NUN-Algorithmen
 NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
 Niedersachsen / Bremen

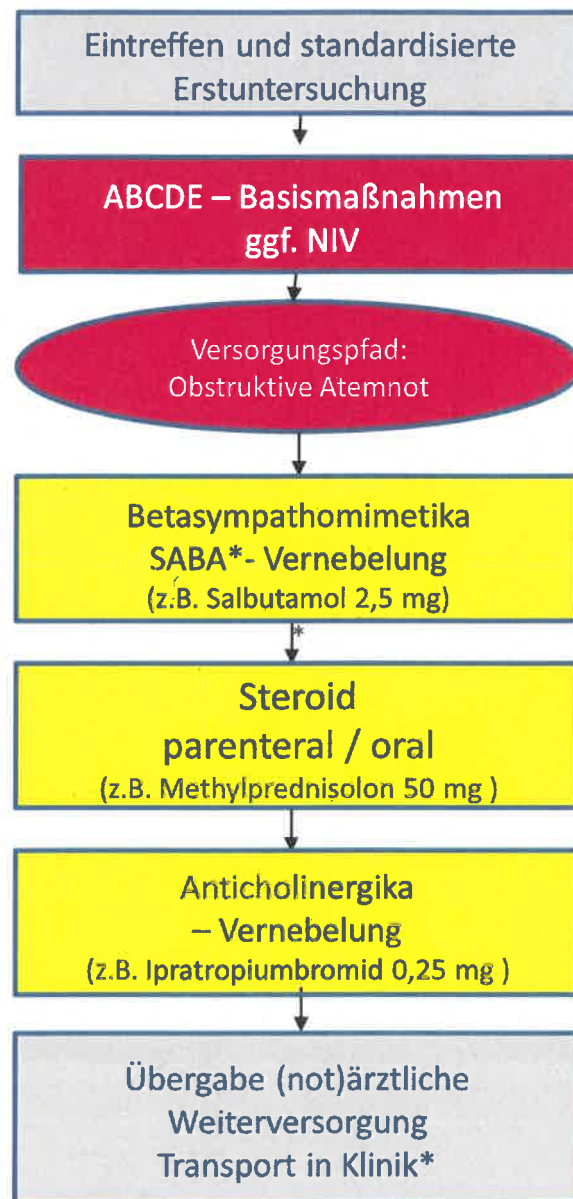


E - Problem

Situationsabhängiges Teammanagement und Prioritäten
(Anpassung Umfang / Reihenfolge ggf. Delegation / paralleles Arbeiten)



Versorgungspfad: Obstruktive Atemnot



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):
Akute (Asthma, Allergie) / chronische
Obstruktion (COPD), Bolus, Allergie, Asthma
cardiale.

- Ereignis, Situation, zeitlicher Verlauf
- Anamnese, Vormedikation
- Auskultationsbefund

Beachte

- Ggf. regionales NIV-Protokoll
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)
- Angepasste Sauerstoffgabe bei COPD
88 – 92% SpO₂

Beachte Warnsignale

- verlängertes Expirium
- AF > 25/min, SpO₂ < 92%
- HF > 110/min
- „Silent Lung Phänomen“

- SABA: short acting β_2 -agonist
= Beta 2 Mimetika
Steigerung auf 5 mg möglich

Steigerung auf 100 mg möglich

Steigerung auf 0,5 mg möglich
Ggf. in Kombination mit SABA

Besserung:

- Verbesserung der Klinik
- Abnahme der AF
- SpO₂ > 92 %

Verschlechterung:

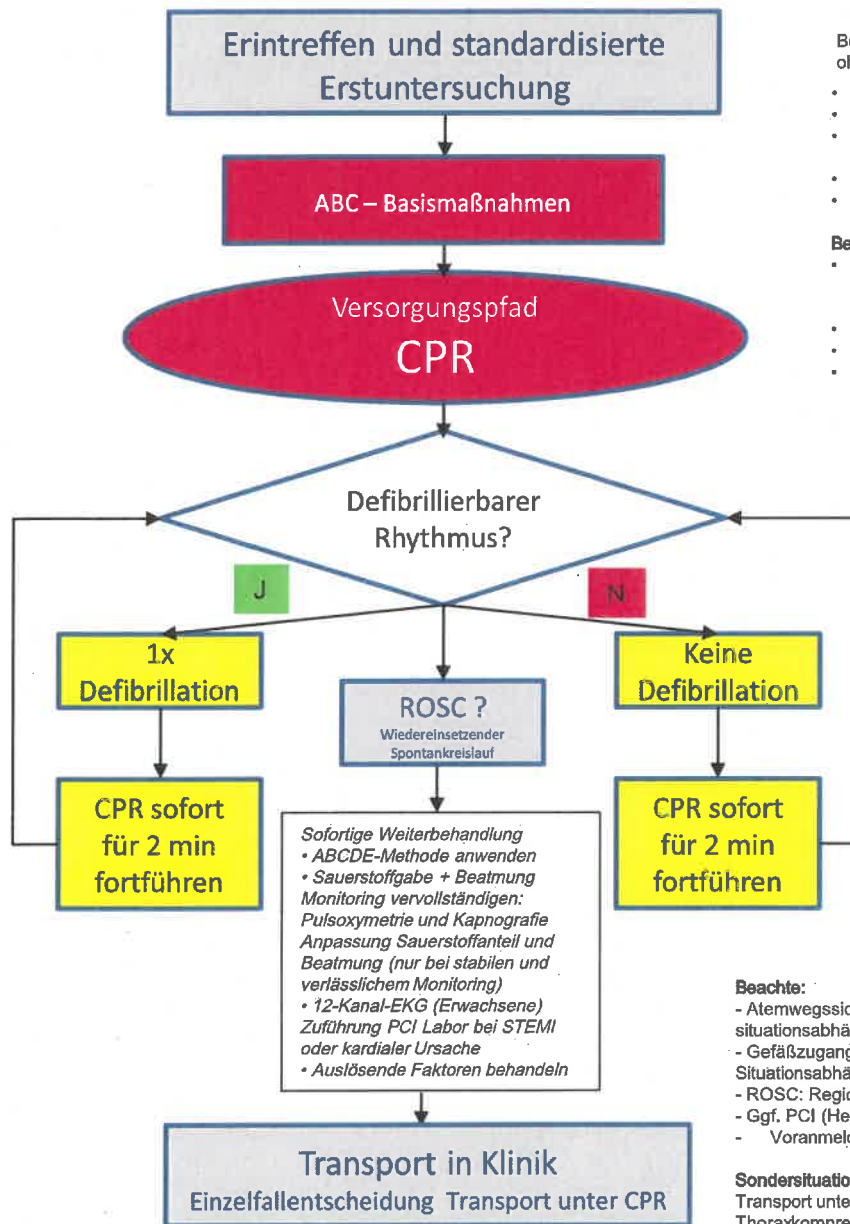
- Verschlechterung der Klinik
- Ggf. Bewusstseinsstrübung
- SpO₂ Abfall < 85%

Beachte:

- Frühzeitiger Transportbeginn
unter Inhalationstherapie
- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)
- ggf. Übergabe in ärztliche Weiterversorgung

Beachte regionale
Medikationsprotokolle

Versorgungspfad CPR



Bewusstloser Patient
ohne normale Atmung, ohne Lebenszeichen

- CPR starten 30:2 (Diagnosezeit: 10 sec)
- Kinder: 5 x beatmen dann 15:2
- Patchelektroden des Defibrillators anschließen, sofort wenn einsatzbereit:
- Analyse und ggf. 1. Defibrillation
- Während Ladezeit CPR fortführen

Besonderheiten Kinder (< 8 LJ):

- Bei Feststellung Atemstillstand: 5 x initiale Beatmungen – ideal mit hochdosiertem Sauerstoff
- dann C – Kontrolle (+ Lebenszeichen?)
- dann ggf. CPR Beginn 15:2
- Patchelektroden anschließen s.o.

Beachte

- NA-Ruf zeitnah (parallel)

Beachte:

- Pulskontrolle nur bei Verdacht auf pulsatilen Rhythmus im EKG

Sonderfall:

- beobachtetes Kammerflimmern/pVT: Sofort bis zu 3 x Defibrillation (diese zählen als erste Defibrillation) (s.a. Algorithmus Tachykardie)

Beachte:

- ggf. AED – Einsatz
- Manueller Modus: Energiewahl
- 150 – (200) Joule (biphasisch)
- 360 Joule (monophasisch)
- Kinder: 4 Joule / kgKG

Zielgerichtetes

Temperaturmanagement (TTM) im

weiteren klinischen Verlauf:

- Vermeiden von Fieber,
- klinischer Zielwert 32 – 36 ° C
- Protokollbasiert

Beachte:

- Atemwegssicherung qualifikations- und situationsabhängig – Priorität: BLS / ggf. Defi
- Gefäßzugang qualifikations- und situationsabhängig – Priorität: BLS / ggf. Defi
- ROSC: Regionale Zuweisungsstrategie
- Ggf. PCI (Herzkatheder)
- Voranmeldung (Ankunftszeit)

Sondersituation:

- Transport unter laufender CPR, ggf. Einsatz mechanischer Thoraxkompressionssysteme
- CPR-Abbruch nur durch NA

Reversible Ursachen suchen und behandeln!

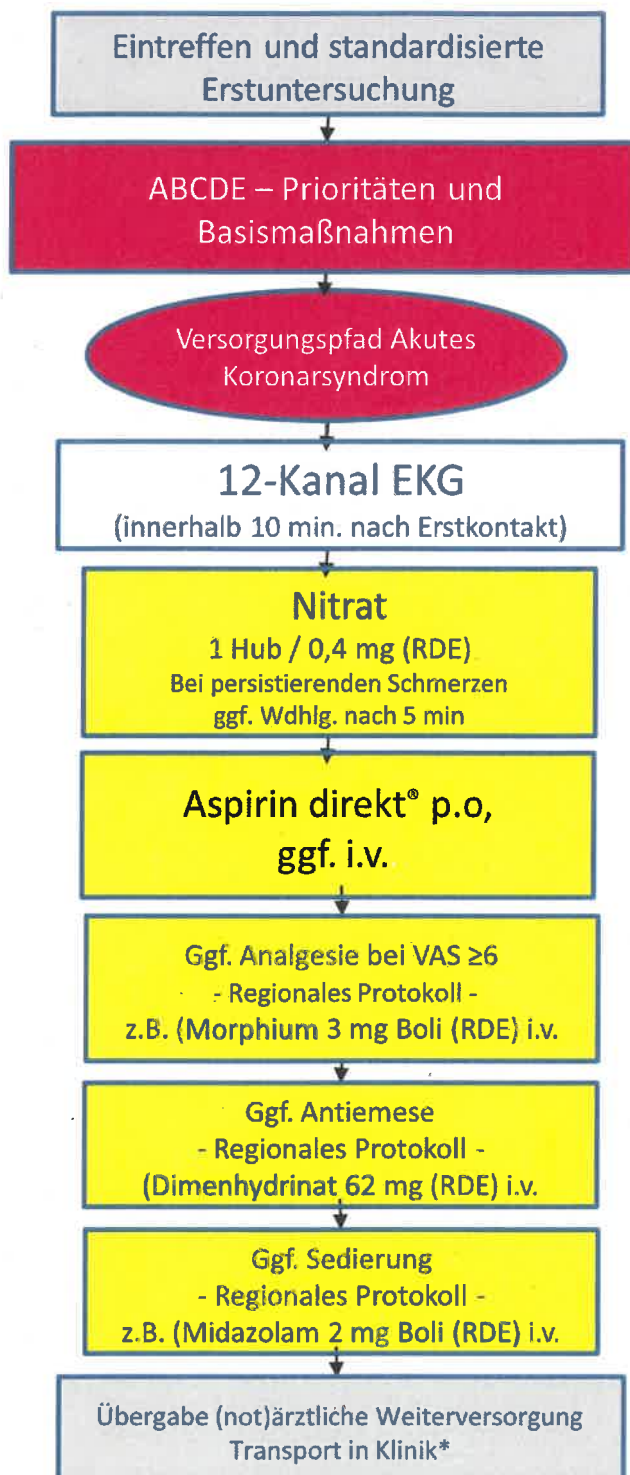
- Hypoxie
- Hypovolämie
- Hypo-/Hyperkalämie / metabolisch
- Hypothermie

- Herzbeutel tamponade
- Intoxikation
- Thrombembolie (AMI, LAE)
- Spannungspneumothorax

Während CPR

- Durchgehend CPR sicherstellen: Frequenz (100-120/min), Tiefe, gute Entlastung!
- CPR-Unterbrechung minimieren, Maßnahmen planen!
- Hochdosiert Sauerstoff unter CPR
- Atemwegssicherung (EGA / ggf. ITN, ggf. erst nach ROSC) und Kapnographie
- Herzdruckmassage ohne Unterbrechung, wenn Atemweg gesichert und keine Leckage.
- Gefäßzugang: intravenös, alternativ intraossär (im Kindesalter primär intraossär)
- Adrenalin alle 3 – 5 min injizieren 1 mg (Kinder: 0,01 mg kg KG)
- Zeitpunkt Erstgabe Adrenalin: Bei KF / PVT nach 3. Defibrillation, bei nicht defibrillationspflichtigen Rhythmus: schnellstmöglich
- Amiodaron nach der 3. erfolglosen Defibrillation 300 mg (Kinder: 5 mg kg KG)
- Ggf. einmalige Repetition nach der 5. erfolglosen Defibrillation

Versorgungspfad: Akutes Koronarsyndrom (ACS)



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

- ACS, Lungenembolie LAE, Aortendissektion, Pneumothorax, Trauma, Hohlorganperforation...
- Anamnese, Vormedikation, Situation, Ereignis
- Atypische Symptomatik möglich (Diabetiker, Frauen)

Beachte

- Fortlaufendes EKG-Monitoring / Defibrillierbarkeit
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)
- Bei unkomplizierten ACS:
 - Initialtherapie Sauerstoff „Kritischer Patient“, anschließend bei unkomplizierten + stabilen Patienten Sauerstoffanpassung auf SpO₂ > 90%

Beachte Warnsignale

- Herzrhythmusstörungen
- Kardiogener Schock
- Lungenödem

- 12 Kanal EKG = Grundsätzlich bei nichttraumatischen thorakal- abdominalen Schmerzen

- EKG bezüglich STEMI qualifiziert auswerten*
- *Beachte regionale Möglichkeiten/Algorithmen:
- Telemetrie, Software -unterstützte EKG-Auswertung

- Nitro bei STEMI keine Routinegabe – Einzelfallentscheidung bei Hypertonie und Linksherzinsuffizienz (s.a. Versorgungspfad kardiales Lungenödem, hypertensiver Notfall)

Beachte: Keine Nitrat-Gabe bei:

- Anzeichen einer Rechtsherzinsuffizienz
- Grenzwerte s.a. regionales Protokoll:
 - RR systolisch < 120mmHg
 - HF < 60 oder > 120/min
 - KI: 24 h nach Einnahme langwirksamer Vasodilatoren: Bsp: Sildenafil (Viagra®), Tadalafil (Cialis®), Vardenafil (Levitra®).

Beachte KI Aspirin:

- Allergie oder Asthma auf Wirkstoff,
- Akute nicht kontrollierte Blutung (z.B. Ulcus),
- Vorbehandlung Gerinnungshemmerpräparaten
- ggf. Aspirin 500 mg i.v. (regionales Protokoll)
- ggf. Heparin 5000 iE i.v. (regionales Protokoll)

Beachte (regionales Protokoll):

- Ziel VAS ≤ 3, bzw. Halbierung VAS
- BTM-Medikation oder Sedierung nur im Rahmen regionaler Protokolle!

Beachte:

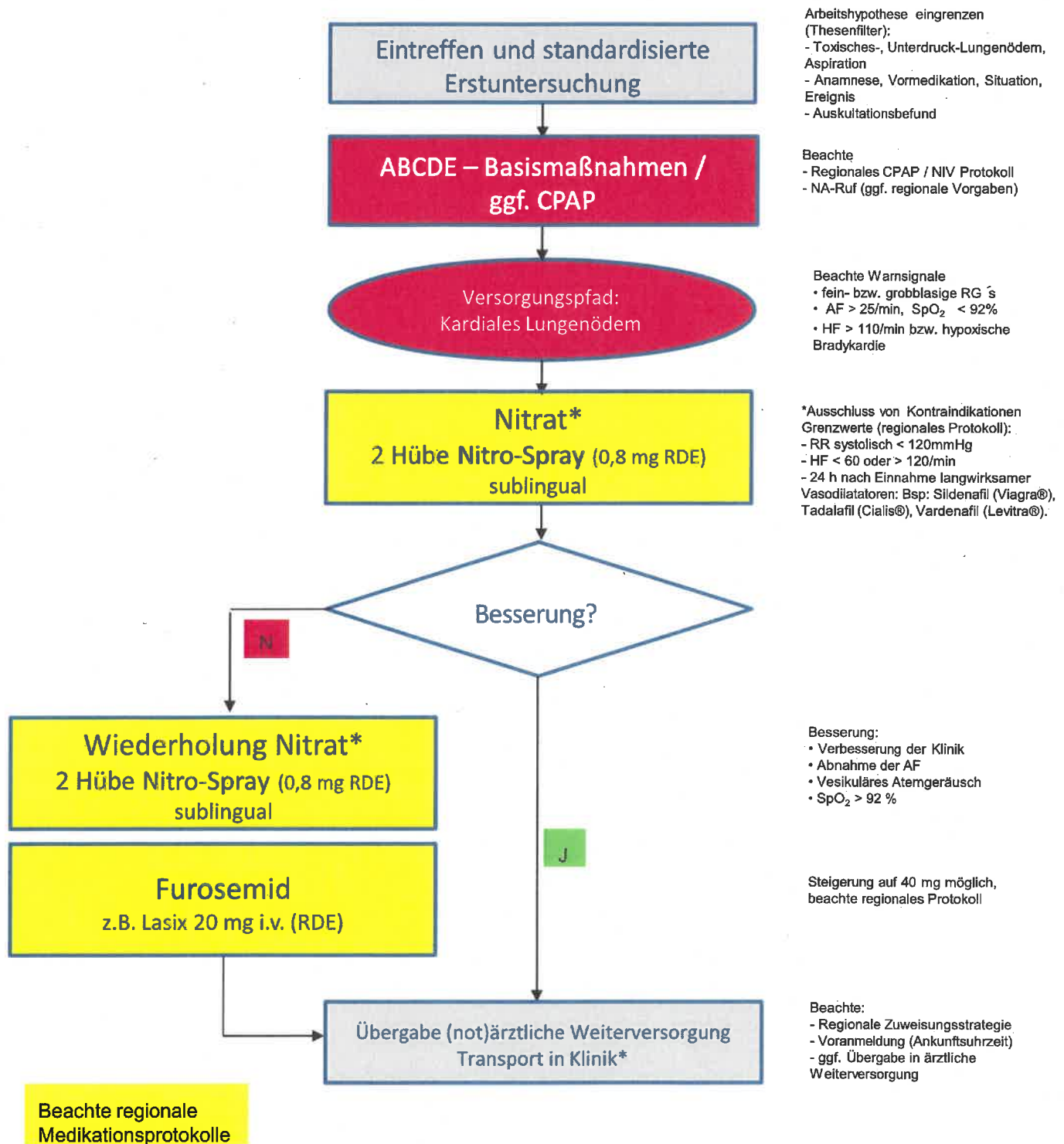
- Regionale Zuweisungsstrategie
- Regionales STEMI- Protokoll
- Voranmeldung STEMI (Ankunftszeit)

Beachte regionale
Medikationsprotokolle

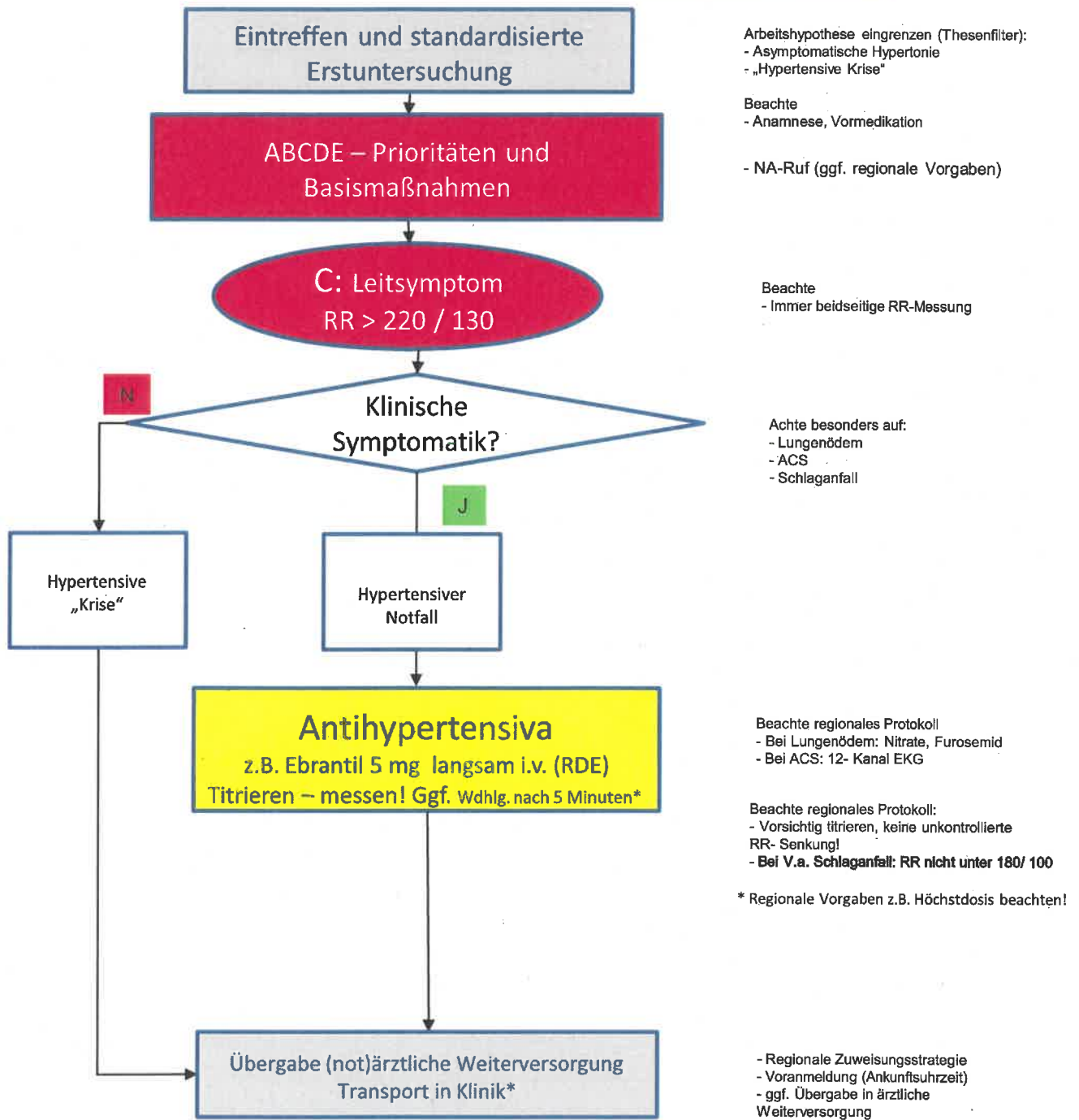
(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

14
RDE= Richtdosis Erwachsene

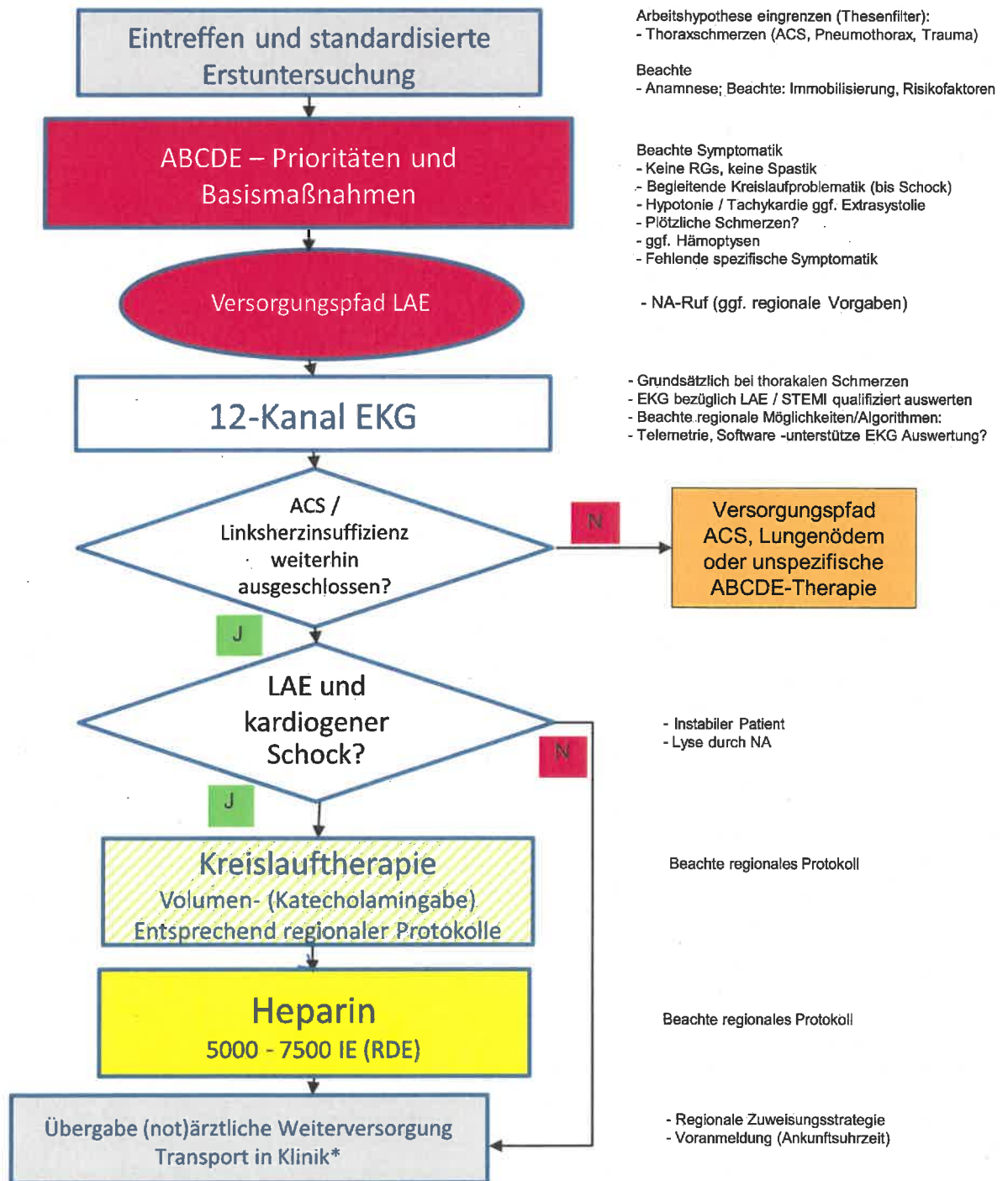
Versorgungspfad: Kardiales Lungenödem



Versorgungspfad: Hypertensiver Notfall



Versorgungspfad: Lungenembolie (LAE)

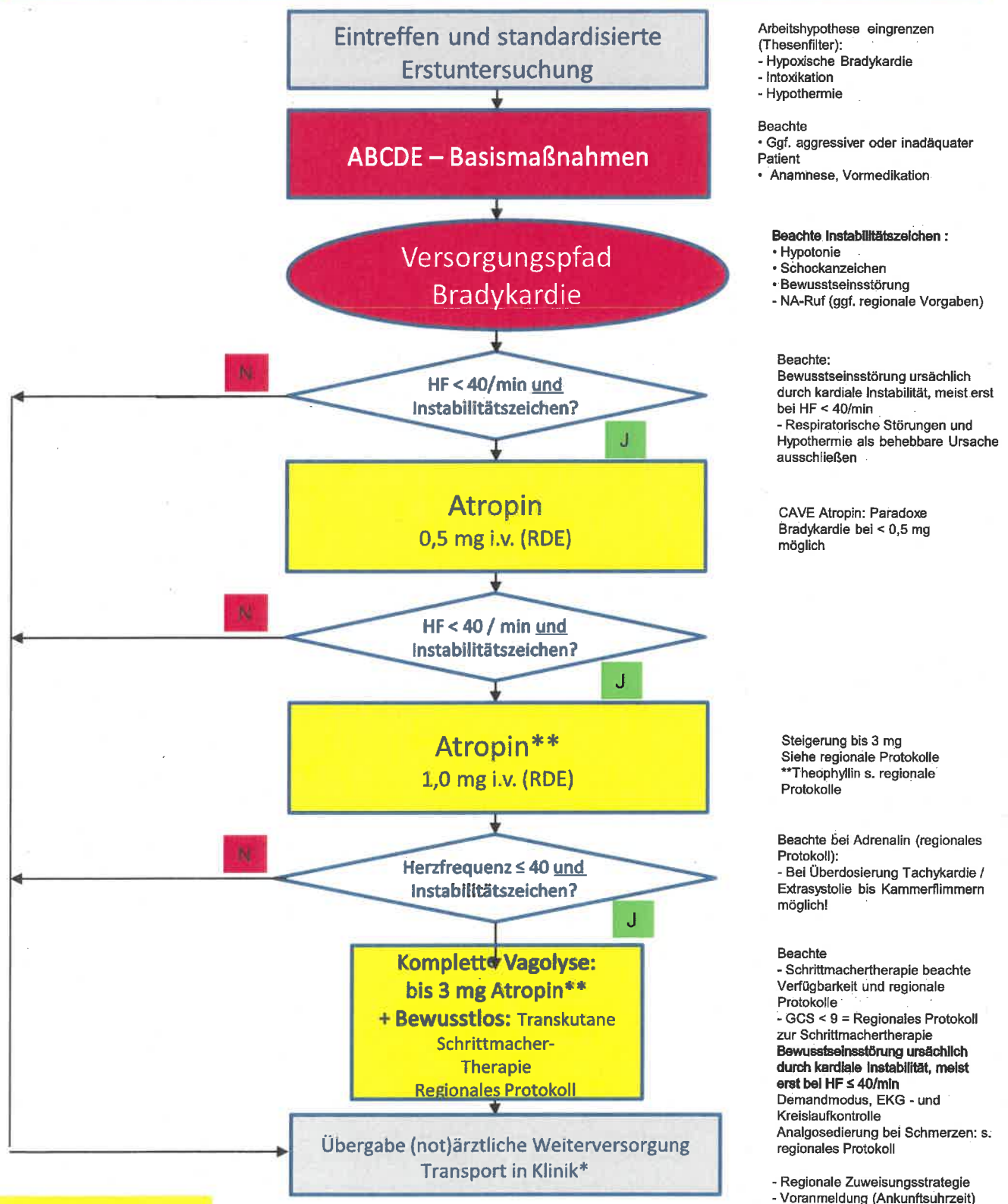


Beachte regionale
Medikationsprotokolle

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad: Lebensbedrohliche Bradykardie kardialer Ursache

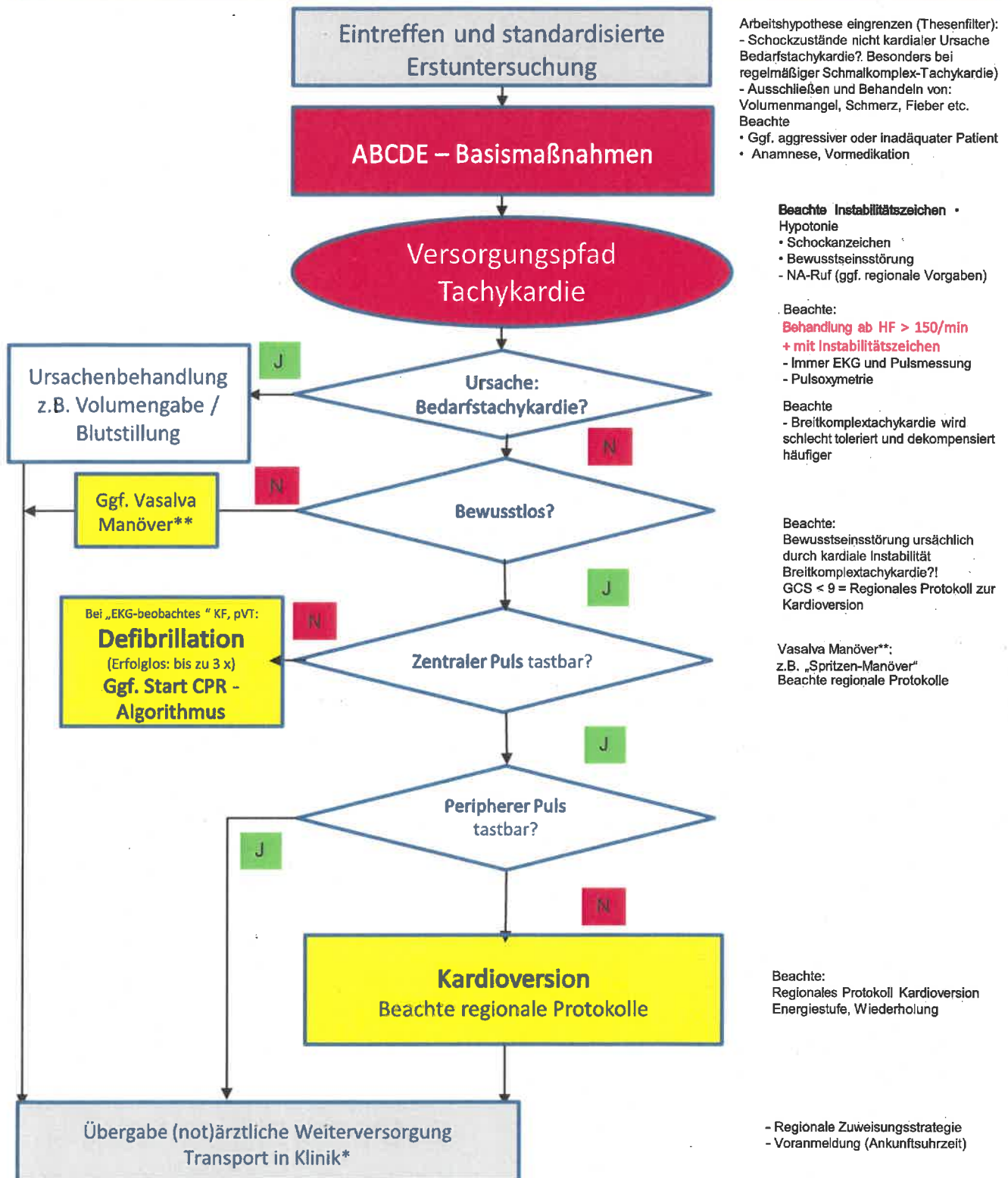


(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

18

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad: Lebensbedrohliche Tachykardie kardialer Ursache



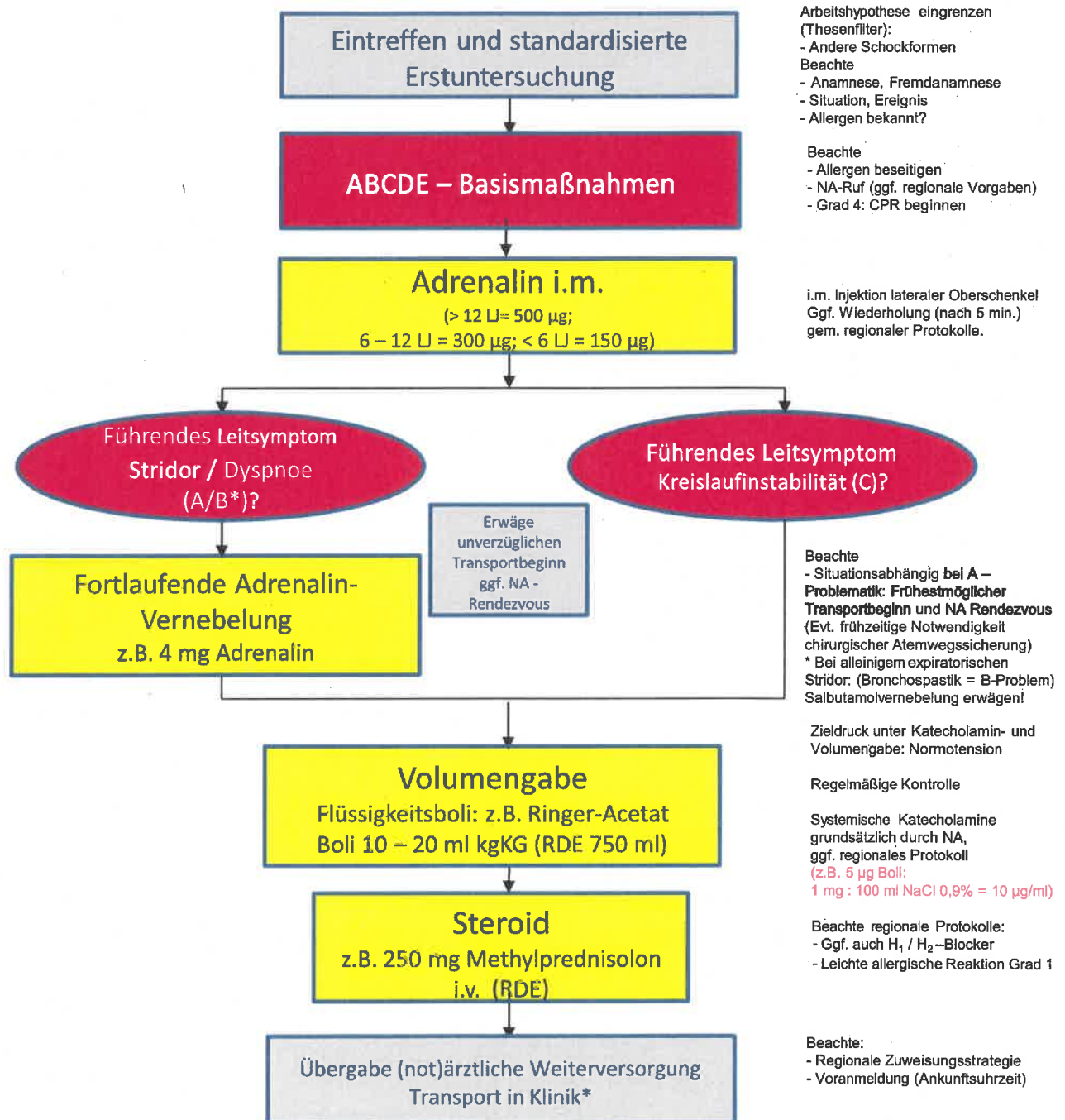
Beachte regionale
Medikationsprotokolle

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

19

1737

Versorgungspfad: Allergischer Schock (Grad 2+3)



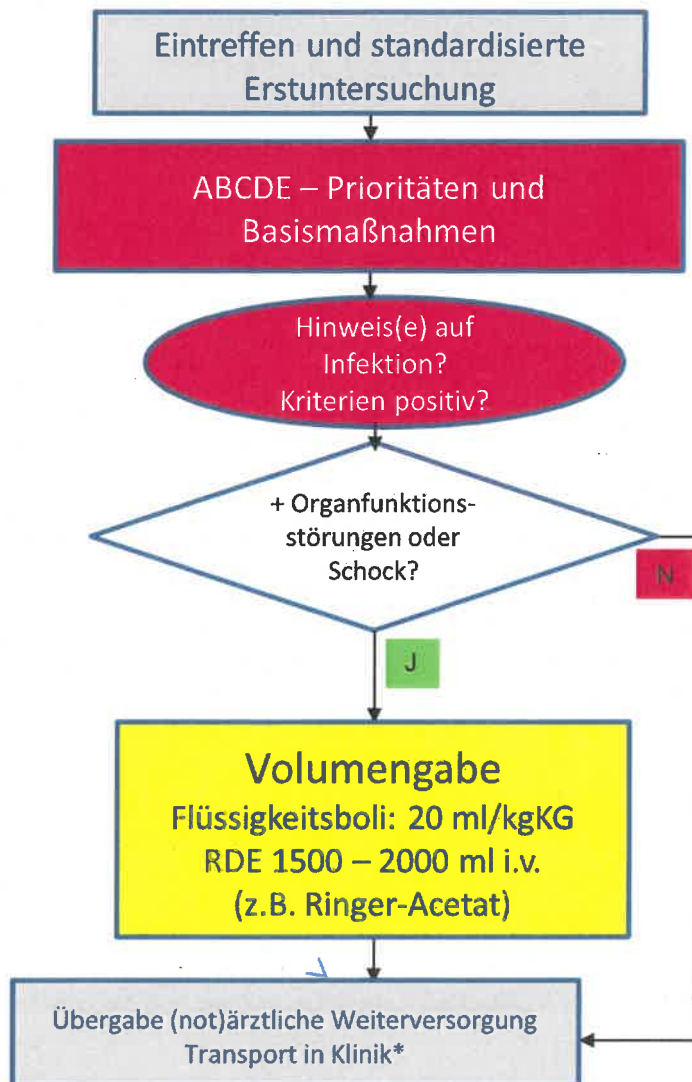
Beachte regionale
Medikationsprotokolle

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

20

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad: Sepsis



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

Andere Schockzustände

- Anamnese

- **Klinische Hinweise einer Infektion (Fokus?):** -
Z.B.: Pneumonie, Harnwegsinfekt, Bauchraum- oder Weichteilinfekt, Meningitis, kurzzeitig zurückliegender operativer Eingriff etc.

Grundhygiene: Beachte Eigenschutz!

- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)
- Sepsis ist ein zeitsensitiver Notfall

qSOFA* Kriterien:

- Atemfrequenz > 22/min
- Verändertes Bewusstsein
- RR < 100 mmHg Sys.

Beachte Hinweise auf:

Akute Enzephalopathie
oder

Akuter Sauerstoffmangel (Sättigung < 90%)
ohne anderwärtige Ursache: Lungenöden, COPD etc.
oder

Neu aufgetretene **Hautveränderungen: Petechien**
oder

- Hypotonie: RR (sys.) < 90 mmHg

- NA Katecholamintherapie
- Erwäge Antibiose bei V.a. Meningitis
- Ggf. Erhöhung Volumengabe

- Zügige Versorgung (< 20 min) + Transport
- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)

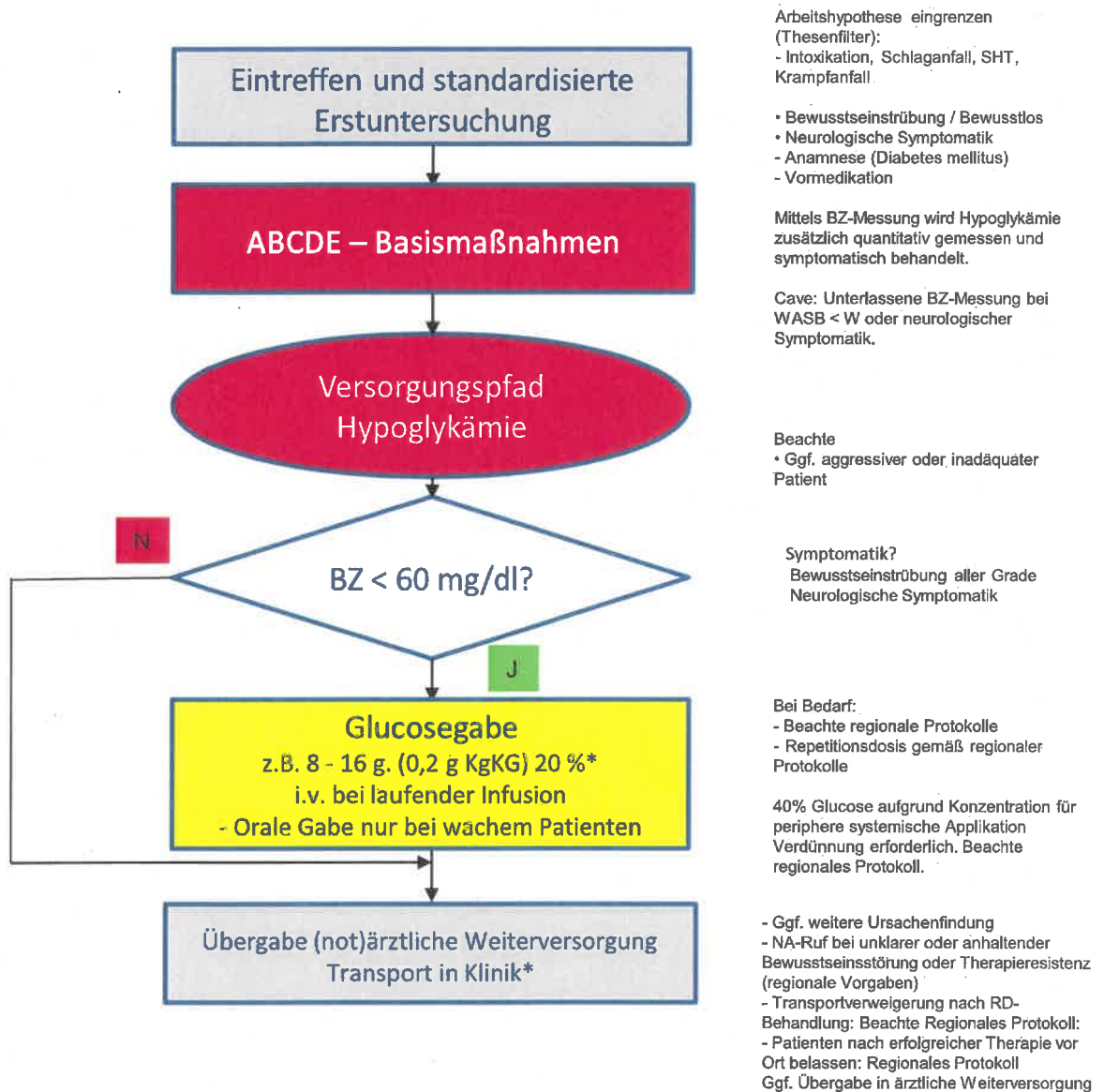
qSOFA: quick Sequential [ursprünglich Sepsis-related] Organ Failure Assessment

**Beachte regionale
Medikationsprotokolle**

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad: Hypoglykämie



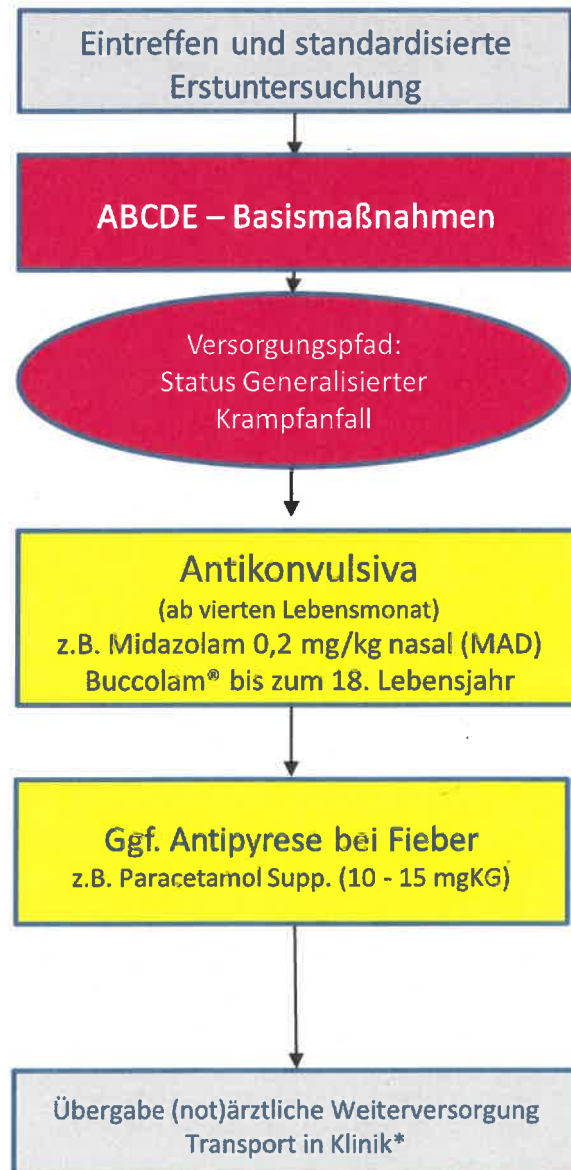
Beachte regionale
Medikationsprotokolle

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

22

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad: Status generalisierter tonisch- klonischer Anfall (SGTKA)*



- Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):
- ZNS-Schäden, Intoxikation
- Hypoxischer Krampfanfall
- Hypoglykämischer Krampfanfall
- Psychogener Anfall

Beachte

- Anamnese, Vormedikation

Beachte Warnsignale

- Obere Atemwegsverlegung
- Ggf. „oberes Atemwegsproblem“ in der Nachschlafphase
- Ggf. fokale oder generalisierte Krämpfe
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

Beachte:

- Bei Bewusstseinsstörung Ausschluss einer zugrundeliegenden Hypoglykämie

Alternativ, beachte regionale Protokolle:

- Lorazepam 0,05 mg/kgKG
- oder
- Midazolam-Gabe titriert 0,1 mg/kgKG i.v.
- oder
- Lorazepam 2,5 mg buccal (off label)
- oder
- Midazolam buccal (Buccolam®)
- oder
- Diazepam Rectiole 0,3 – 0,5 mg/kg KG.
- 5 mg, < 15 kg (4 Monate – etwa 3 Jahre)
- 10 mg, > 15 kg (ca. 3 Jahre – ca. 6 Jahre)

Falls Venenzugang vorhanden:

- Lorazepam 0,05 mg/kgKG max. 0,1 mg/kgKG
- Midazolam-Gabe titriert 0,1 mg/kgKG i.v.

Wiederholung Benzodiazepin: Beachte regionale Protokolle

Beachte regionale Protokolle

Physikalische Maßnahmen: Z.B. Wadenwickel

- Ggf. weitere Ursachenfindung
- Ggf. NA-Rendezvous bei unklarer Bewusstseinsstörung oder persistierendem Krampfanfall
- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)
- ggf. Übergabe in ärztliche Weiterversorgung

Beachte regionale
Medikationsprotokolle

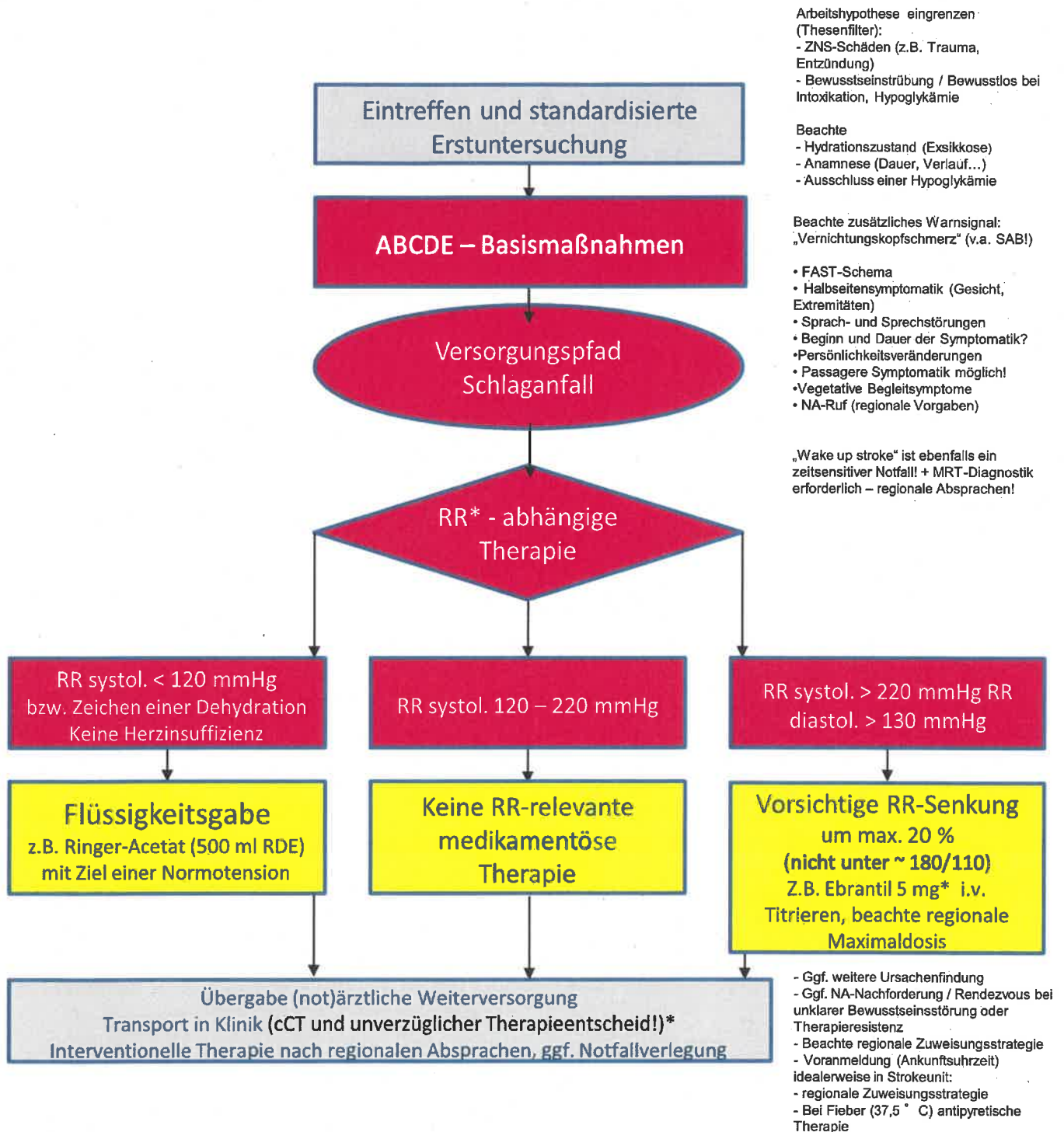
* > 5 Minuten, bzw. Anfallsreihe
ohne vollständiges Erwachen

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

23

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad: Schlaganfall



* beidseitige RR-Messung und regelmäßige Kontrollen empfohlen

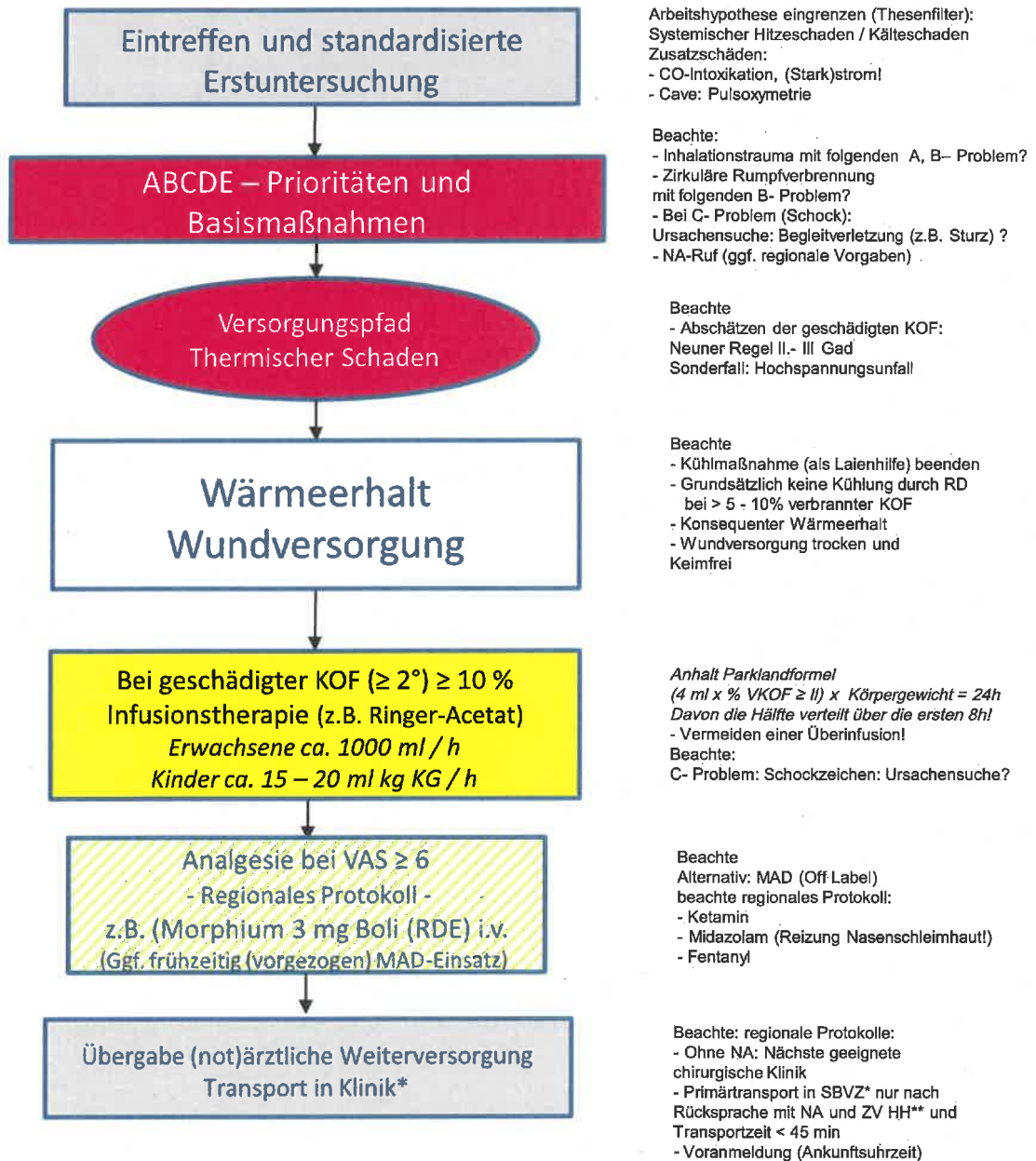
Beachte regionale Medikationsprotokolle

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

24

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad: Thermischer Schaden



Beachte regionale
Medikationsprotokolle

Beachte regionale Medikationsprotokolle

*SBVZ Schwerbrandverletzentrum

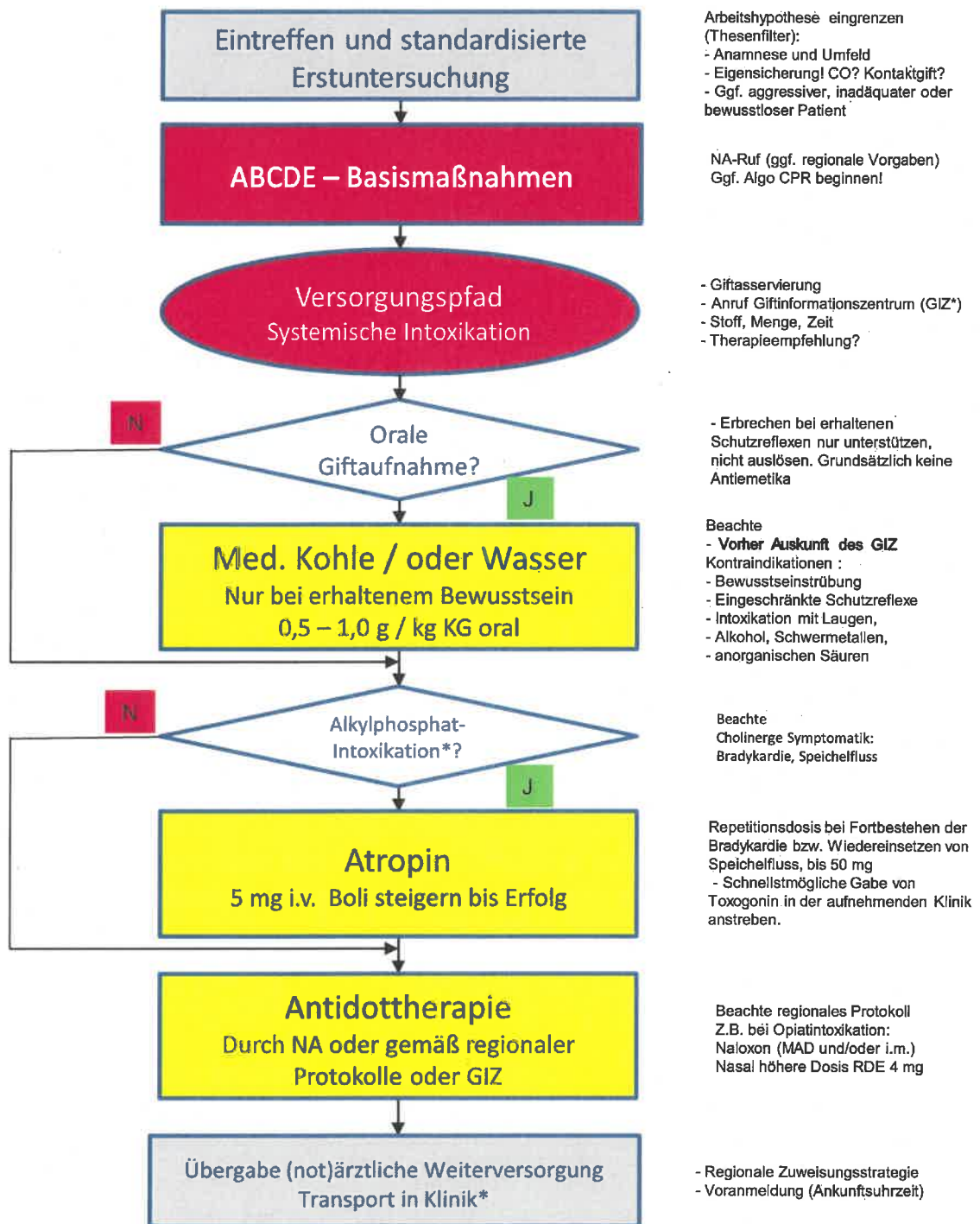
** ZV HH Zentrale Bettenvergabe Schwerbrandverletzte Hamburg

RDE= Richtdosis Erwachsene

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

25

Versorgungspfad: Intoxikation



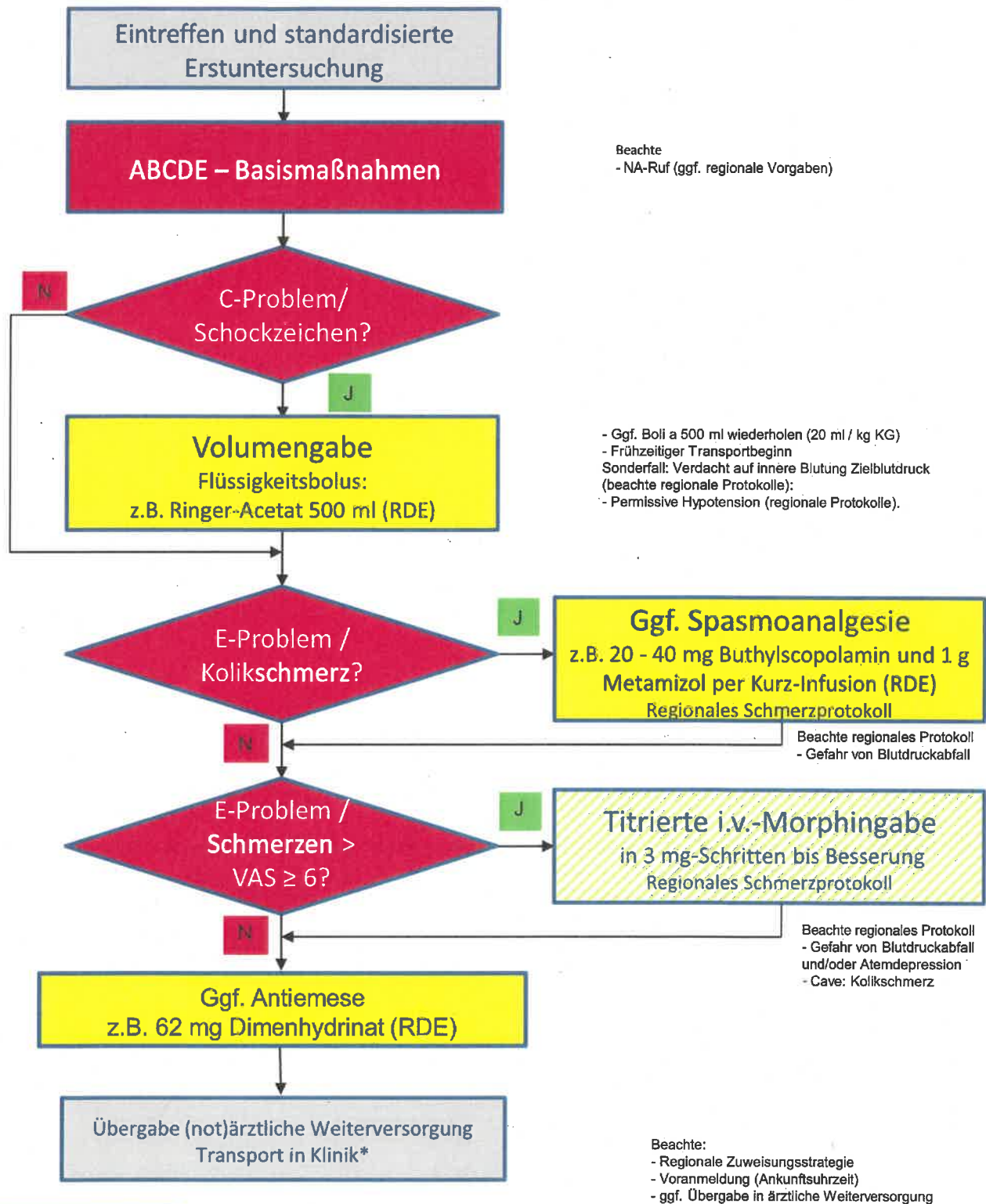
Beachte regionale
Medikationsprotokolle

(c) AG NUN-Algorithmen
* GIZ Giftinformationszentrum NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

26

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad: Abdominelle Schmerzen



Beachte regionale
Medikationsprotokolle

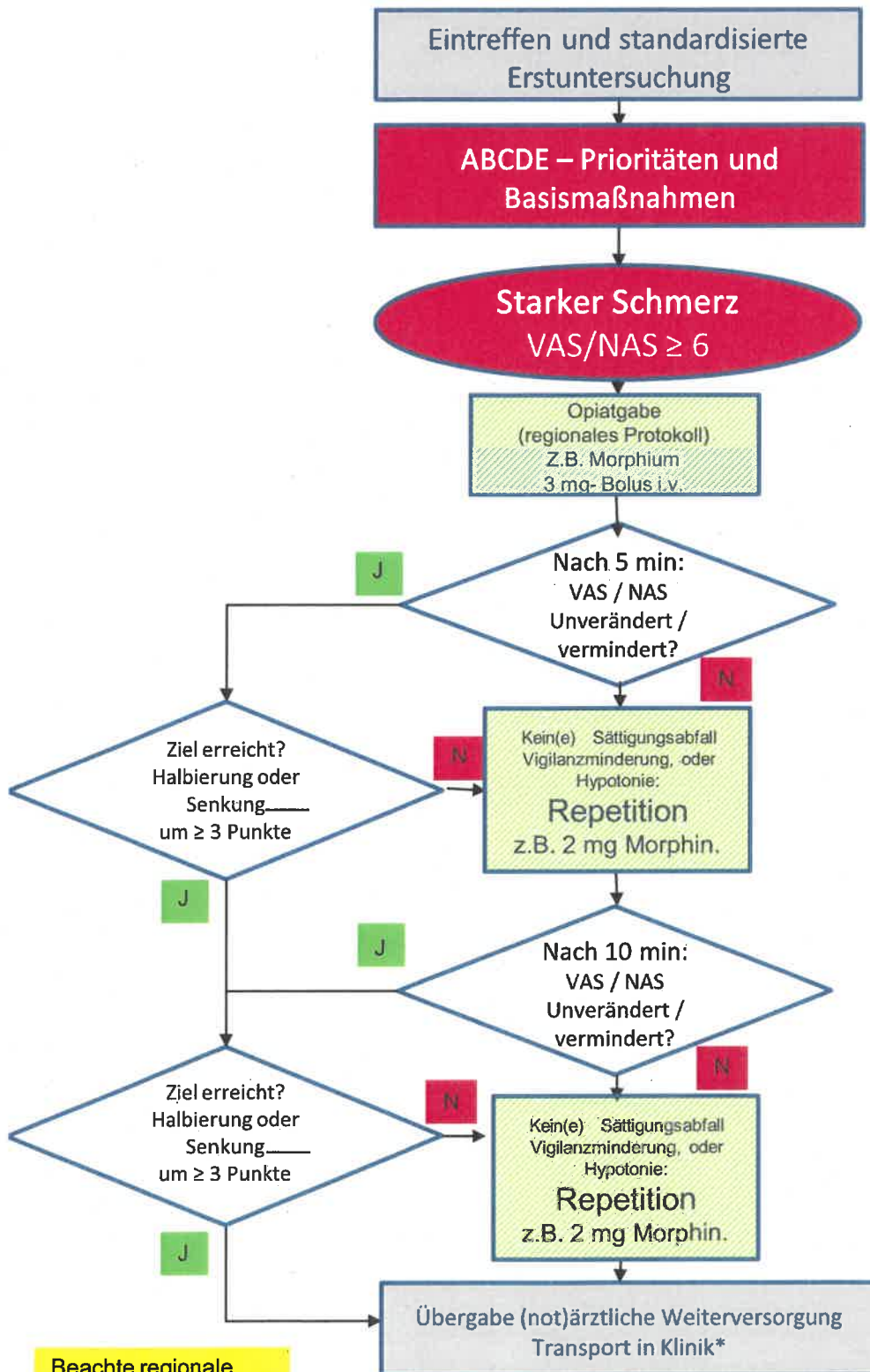
(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

27

RDE= Richtdosis Erwachsene

Versorgungspfad Analgesie – Stärkste Schmerzen

Beispiel Medikamentöse Analgesie (BTM) - Beachte regionale Regelung!



Grundvoraussetzungen für die Anwendung von BTM müssen mittels regionaler Protokolle geregelt sein.

Basismaßnahmen der Schmerzbehandlung durchführen:

- Ruhigstellung
- Lagerung
- Zuwendung
- Notarzalarmierung beachte regionale Vorgabe
- Monitoring Pulsoxymetrie, AF und Vigilanz
- Grundsätzlich Sauerstoffinhalation

Beachte: Einstufung Schmerzintensität durch den Patienten über ein zusätzliches Skalierungssystem: (z.B. VAS, NAS)
Dokumentation z.B. VAS: 0-10
Begleitsymptome (Symptikusaktivität, Haltung und Mobilität) bewerten
Beachte

- Ohne Selbsteinstufung oder Bewusstseinsstrübung: keine medikamentöse Analgesie!

Beispiel Morphin z.B.:

- 10mg / 10ml NaCl 0,9% (1mg/ml)
- < 30 kgKG: 0,1mg /kgKG

- Bei Übelkeit: Antiemese
- Regionales Protokoll

Beachte:

- Schmerzintensität?
- Schmerzlinderung beginnt?
- ABC weiterhin stabil?
- Sonst ABC- Maßnahmen durchführen
- Keine weitere Morphingabe, NA-Ruf
- Transportvorbereitung und Lagerung möglich?
- Transportbeginn?

Bei ABCD – Problemen (Verlaufskontrolle)
ABC-Maßnahmen einleiten und Analgesie stoppen

Beachte:

- Schmerzintensität?
- Schmerzlinderung beginnt?
- ABC weiterhin stabil?
- Sonst ABC- Maßnahmen durchführen
- Keine weitere Morphingabe, NA-Ruf
- Transportvorbereitung und Lagerung möglich?
- Transportbeginn?

Bei ABCD – Problemen (Verlaufskontrolle)
ABC-Maßnahmen einleiten und Analgesie stoppen

Beachte:

- Notarznachforderung regionale Vorgaben

Beachte:

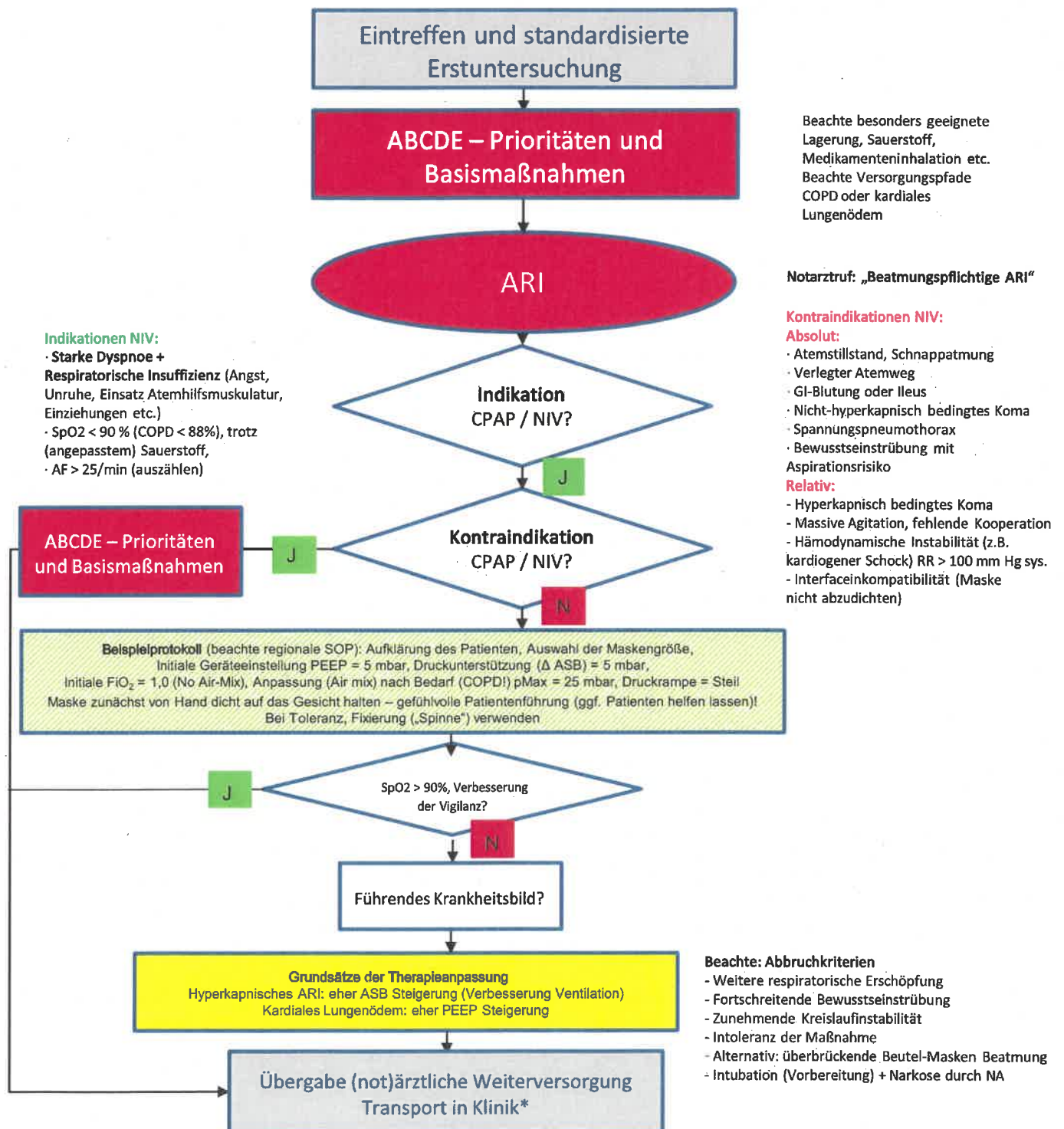
- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)
- BTM Dokumentation, QM ÄLRD
- ggf. Übergabe in ärztliche Weiterversorgung

RDE= Richtdosis Erwachsene

(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

Versorgungspfad – Akute respiratorische Insuffizienz (ARI)

Beispielanwendung CPAP / ASB Therapie - Beachte regionale Ausstattung und SOP



(c) AG NUN-Algorithmen
NotSan Jahrgang 2020 LV ÄLRD
Niedersachsen / Bremen

Anhang NUN-Algorithmen Version 2020

Empfehlung zur strukturierten Übergabe von Notfallpatienten in den Notaufnahmeeinrichtungen der Kliniken

Vorwort:

Die Übergabe eines Notfallpatienten vom Rettungsdienst in die Verantwortung der Klinik stellt in der Versorgungskette einen wichtigen, oft kritischen Prozess dar, da Teams aufeinandertreffen, die sich ggf. persönlich nicht kennen, häufig unter Zeitdruck stehen, aber einen lückenlosen Informationsfluss sicherstellen müssen. Durch einen unstrukturierten Ablauf, mangelnde Aufmerksamkeit der Beteiligten oder unklare Zuständigkeiten und Hierarchien können wichtige Informationen, die in der Präklinik standardisiert nach vorgegebenen Algorithmen erhoben worden sind, mit negativen Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsverlauf des Patienten verloren gehen.

In Abstimmung zwischen dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und den Notaufnahmeeinrichtungen der Kliniken müssen durch gemeinsame Schulungskonzepte (Übergabetrainings) Professionalität und Qualität an dieser wichtigen Nahtstelle gesichert werden.

Der Landesverband Niedersachsen/Bremen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. empfiehlt aus Sicht des Rettungsdienstes folgendes Vorgehen für alle Einsätze in der Notfallrettung (mit und ohne Notarztbegleitung):

Anmeldung in der Klinik:

Die Anmeldung eines Notfallpatienten in der Klinik erfolgt über einen zwischen Leitstelle, Rettungsdienst und Kliniken des Rettungsdienstbereiches festgelegten, vordefinierten Kommunikationsweg (webbasierte Verfahren z.B. IVENA, z.B. Klinik-Display von Rescuetrack, Telefon, andere Systeme). Eine Abstimmung zwischen benachbarten Rettungsdienstbereichen ist wünschenswert.

Voraussetzungen (Eckpunkte) in der Klinik sind:

- ☐ Festlegung von Zuständigkeit/Entscheidungskompetenz zur Verfügung über vorhandene krankenhausinterne Ressourcen
- ☐ Festlegung der Zuständigkeit/Entscheidungskompetenz, krankenhausinterne Alarmketten (z.B. Schockraumalarm) auszulösen
- ☐ Nutzung eines mit dem Rettungsdienst abgestimmten Anmeldeschemas (z.B. MANDAT)

Diese Informationen sind auch den benachbarten Rettungsdiensten bekannt zu geben.

Ablauf der Übergabe in der Klinik:

Der Patient verbleibt bis zum Abschluss der Übergabe auf der Rettungsdienststrage (Ausnahme: instabiler Patient!).

- ☐ Alle Anwesenden unterbrechen ihre Tätigkeiten und hören mit Blickkontakt dem Teamleiter des Rettungsdienstes zu.
- ☐ Der Teamleiter des Rettungsdienstes stellt sich kurz mit Namen und Funktion vor.
- ☐ Der Teamkoordinator/-leiter der Aufnahmeeinrichtung (bei Schockraumalarm durch eine farbige Weste/Röntgenschürze gekennzeichnet) stellt sich ebenfalls kurz mit Namen und Funktion vor.
- ☐ Statement des Teamleiters Rettungsdienst zur Stabilität des Patienten
- ☐ Der Teamkoordinator/-leiter der Aufnahmeeinrichtung überprüft vor der strukturierten Übergabe, ob eine unmittelbar lebensbedrohende Vitalfunktionsbeeinträchtigung vorliegt („5-Sekunden-Visite“ n. Algorithmus European Trauma Course^{1,2}):
 - Atemweg frei bzw. korrekt gesichert?
 - Beatmung effektiv? (e.t.CO₂-Signal) bzw. Spontanatmung ausreichend?
 - Circulation peripher ausreichend (palpabler Radialispuls, Recap.-Zeit < 3 sec)
- ☐ Opening durch den Teamleiter Rettungsdienst
 - Name, Alter, Geschlecht des Patienten
 - Kurze Darstellung der Notfallsituation/Ereignis/Unfallmechanismus (Beginn der Symptomatik/neurologisches Defizit/Polytraumakriterien)
 - Verletzungsmuster, Symptomatik
- ☐ Übergabe nach dem **ABCDE**-Schema:

○ Atemwege,	ggfs. Bericht eingeleiteter Maßnahmen
○ Belüftung/Atmung	ggfs. Bericht eingeleiteter Maßnahmen
○ Circulation/Kreislauf,	ggfs. Bericht eingeleiteter Maßnahmen
○ Defizite/Differentialdiagnosen,	ggfs. Bericht eingeleiteter Maßnahmen
○ Evaluation/Exploration	ggfs. zusätzliche Informationen von der Einsatzstelle, Umgebungsfaktoren, Befunde der Ganzkörperuntersuchung, ggfs. Erregerstatus
- ☐ Weitere Informationen nach dem **SAMPLER**-Schema
- ☐ Ggfs. Übergabe von Unfallbildern
- ☐ Der Teamkoordinator/-leiter der Aufnahmeeinrichtung (des Schockraumes) fasst die Übergabe zusammen, jetzt werden Rückfragen der Teammitglieder gestellt.
- ☐ Der Teamkoordinator/-leiter (Schockraum) gibt die Umlagerung frei, nachdem alle Fragen beantwortet wurden.
- ☐ Anschließend Übergaben von Blutproben, Chipkarten etc. und Protokollen

Dieses Vorgehen sollte als Standard bei allen Übergaben nicht nur von kritischen Patienten genutzt werden.

¹ European Trauma Course - The Team Approach, Course Manual Ed. 3.1

² Roessler M, Spring C, Schmid O, Bauer M, Ross D; Anästh Intensivmed 2017; 58:414-428

Änderungskommentar zu den NUN – Algorithmen 2020

Dieser Kommentar soll es den Lesern und Anwendern erleichtern die Änderungen zur Vorversion nachzuvollziehen.

Eintreffen und standardisierte Erstuntersuchung

Die Begriffe werden in den gesamten NUN-Empfehlungen einheitlich angewendet. Dies soll die wichtige Kopplung zum cABCDE und den symptomatischen Sofortmaßnahmen betonen.

Ein zusätzlicher Versorgungspfad für ARI und die Anwendung von CPAP / NIV wurde eingefügt. Grundlage für die Anwendung ist die regionale Ausstattung und regionale SOP.

Eine Wiederholung der i.m. Adrenalininjektion gem. regionalen SOP wurde eingefügt.

Es wird auf die ggf. erhöhte Dosis Naloxon über MAD bei Intoxikation hingewiesen.

B. Ministerium für Inneres und Sport

Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettdG; Qualifikation von Einsatzführern auf Notfall-Krankentransportwagen

Bek. d. MI v. 5. 5. 2020 — 35.22-41576-10-13/0 —

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zur Qualifikation von Einsatzführern auf Notfall-Krankentransportwagen in der **Anlage** bekannt gemacht.

— Nds. MBl. Nr. 23/2020 S. 544

Anlage

Empfehlung zur Qualifikation von Einsatzführern auf Notfall-Krankentransportwagen

Das derzeitige Ausbildungscurriculum zum Rettungssanitäter (RettSan) — entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APVO) seit 2013 — ist auf die Tätigkeit im Krankentransport zugeschnitten. Die Überarbeitung mit einer erneuten, zusätzlichen Aufnahme von Inhalten der Notfallrettung ist inzwischen erfolgt, aber noch nicht in einer Verordnung erlassen. Es gilt daher, die notwendigen Maßnahmen zur Qualifizierung der RettSan für ihre Tätigkeit als Einsatzführer auf dem „Notfall-Krankentransportwagen (N-KTW)“ abhängig von der vorhandenen Ausbildungsqualifikation zu beschreiben.

1. Rettungssanitäter, die ihre Ausbildung bis 2013 (alte APVO) beendet haben

- Gegenüber der ÄLRD¹⁾ Nachweis einer bisher regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an den von der ÄLRD vorgegebenen Rettungsdienstfortbildungen von 30 Std. pro Jahr zu den Themen „NUN-Algorithmen, Advanced Life Support, Erkennen von kritischen Patientenzuständen und Einleiten von Notfallmaßnahmen nach cABCDE“ sowie „Assistenz bei der Notfallversorgung durch Notfallsanitäter/Notfallsanitäterinnen (NotSan) oder Notärzte/Notärztinnen (NÄ) nach cABCD“.
- Bestehende Einsatzerfahrung in der Notfallrettung durch 100 dokumentierte Einsätze.

2. Rettungssanitäter, die ihre Ausbildung nach 2013 bis zur in 2020 geplanten Novellierung der APVO absolviert haben oder absolvieren werden

- Absolvierung eines 40-stündigen Kurses zu folgenden Themen: „NUN-Algorithmen, Advanced Life Support, Erkennen von kritischen Patientenzuständen und Einleiten von Notfallmaßnahmen nach cABCDE“ sowie „Assistenz bei der Notfallversorgung durch NotSan oder NÄ nach cABCD“²⁾.
- Erfolgreiche Durchführung eines 40-stündigen Praktikums als RTW-Regelbesatzung auf einer Lehrrettungswache mit Einweisung in die lokalen Algorithmen.
- Bestehende Einsatzerfahrung in der Notfallrettung durch 100 dokumentierte Einsätze.

3. Rettungssanitäter, die ihre Ausbildung nach Novellierung der APVO absolvieren werden

- Absolvierung eines 40-stündigen Kurses zu folgenden Themen: „NUN-Algorithmen, Advanced Life Support, Erkennen von kritischen Patientenzuständen und Einleiten von Notfallmaßnahmen nach cABCDE“ sowie „Assistenz bei der Notfallversorgung durch NotSan oder NÄ nach cABCD“²⁾.
- Einsatzerfahrung in der Notfallrettung durch 100 dokumentierte Einsätze.

Die erfolgreiche Absolvierung der Kurse und Praktika unterliegen der Aufsicht, Erfolgskontrolle und Verantwortung der ÄLRD im Rettungsdienstbereich.

Kostenübernahme:

Für die Qualifizierung nach 1. und 3. entstehen keine zusätzlichen Kosten des Rettungsdienstes. Für die Qualifizierung nach 2. sind max. 40 Std. Personalausfallkosten ansetzbar, wenn Fortbildungsanteile nicht im Rahmen der 30-stündigen Regelfortbildung erbracht werden können. Das ist gegenüber den Kostenträgern nachvollziehbar darzustellen und mit diesen zu vereinbaren.

¹⁾ Ärztliche Leitung Rettungsdienst als Institutsbezeichnung.

²⁾ Curriculum zu den Anforderungen an die Qualifikation von Einsatzführern auf Notfall-Krankentransportwagen als Beispiel aus einem Rettungsdienstbereich steht auf der Homepage des LARD zum Download zur Verfügung.

B. Ministerium für Inneres und Sport**Landesausschuss „Rettungsdienst“
nach § 13 NRettDG;****Aufgaben und Pflichten von Notärztinnen und Notärzten
nach dem niedersächsischen Bestattungsgesetz
und rettungsdienstliches Vorgehen am Einsatzort****Bek. d. MI v. 5. 5. 2020
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Gemäß § 8 der Geschäftsordnung des Landesausschusses „Rettungsdienst“ werden die vom Landesausschuss beschlossenen Empfehlungen zu Aufgaben und Pflichten von Notärztinnen und Notärzten nach dem niedersächsischen Bestattungsgesetz und rettungsdienstliches Vorgehen am Einsatzort in der **Anlage** bekannt gemacht.

— Nds. MBl. Nr. 25/2020 S. 562

Anlage**Aufgaben und Pflichten von Notärztinnen und Notärzten
nach dem niedersächsischen Bestattungsgesetz
und rettungsdienstliches Vorgehen am Einsatzort**

Im niedersächsischen Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG) in der zuletzt geänderten Fassung vom 29. 6. 2018 und den daraus folgenden Änderungen für den Umgang mit der Todesbescheinigung sind für Notärztinnen und Notärzte Pflichten definiert. Es handelt sich dabei um Aufgaben außerhalb des Geltungsbereiches des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes (NRettDG), die nicht dem Sicherstellungsauftrag des Rettungsdienststrägers unterliegen und konfligierende Pflichten darstellen können. Für die Notfallrettung und speziell für den Notarztendienst liegt die Handlungspriorität in der unverzüglichen medizinischen Versorgung von lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten sowie Personen, bei denen schwere gesundheitliche Schäden eintreten drohen. In dieser Stellungnahme werden die für Entscheidungen in der Leitstelle und im Rettungs- und Notarzt-dienstesatz relevanten und ggf. zu Konfliktkonstellationen mit rettungsdienstlichen Aufgaben führenden Inhalte des BestattG beschrieben und im Sinne einer Priorisierung der Notfallrettung bewertet. Für Einzelheiten zu den Pflichten der Notärztin und des Notarztes nach dem BestattG wird auf den detaillierten Gesetzestext sowie die Verordnung über die Todesbescheinigung (TbVO) verwiesen.¹⁾

Verpflichtung von Notärztinnen und Notärzten zur Leichenschau

Bei Todesfällen außerhalb eines Krankenhauses und von Einrichtungen, zu deren Aufgaben auch die ärztliche Behandlung der aufgenommenen Personen gehört, sind unverzüglich zur Durchführung Leichenschau verpflichtet, wenn sie dazu aufgefordert werden:

1. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
2. Ärztinnen und Ärzte im Notfalldienst (ärztlicher Bereitschaftsdienst)
3. Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst (Notarztendienst)
4. Ärztinnen und Ärzte des zuständigen Gesundheitsamtes.

Ärztinnen und Ärzte im Notfall- oder Rettungsdienst können sich auf die Feststellung des Todes sowie des Todeszeitpunktes oder des Zeitpunktes der Leichenauffindung und die Dokumentation auf dem Leichenschauschein beschränken (eingeschränkte Todesbescheinigung), wenn sie durch die Durchführung der vollständigen Leichenschau an der Wahrnehmung ihrer originären Aufgaben gehindert wären. Da Einsätze im Notarztendienst notwendig werden, wenn Lebensgefahr besteht, ist der Einsatzbereitschaft von Notärztinnen und Notärzten ein besonderer Stellenwert einzuräumen. Die Gefahr einer Pflichtenkollision ist hier besonders hoch, sodass die Rettungsleitstelle bei Eingang eines Hilfersuchens zur alleinigen ärztlichen Leichenschau (und nicht zu einem Notarzteinsatz im Rettungsdienst nach NRettDG) darauf hinzuwirken hat, dass vorrangig diejenigen Ärztinnen und Ärzte zur Leichenschau aufgefordert werden, bei denen nicht der gesetzliche Sicherstellungsauftrag mit sofortiger Verfügbarkeit zur Rettung bei Lebensgefahr und zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden besteht. Alle Einsätze einer Notärztin oder eines Notarztes zur alleinigen Leichenschau bei

Nichtverfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten aus dem ambulanten Versorgungsbereich sind daher vom Rettungsdienststräger unter Angabe der Gründe zu dokumentieren.

A Alleinige Todesfeststellung und eingeschränkte Todesbescheinigung

Stellt eine Notärztin oder ein Notarzt im Rahmen eines Notarzteinsatzes oder im Rahmen der Aufforderung zur Durchführung einer Leichenschau den Tod fest, besteht die Verpflichtung, den eingetretenen Tod mit Todeszeitpunkt oder des Zeitpunktes der Leichenauffindung auf der Todesbescheinigung zu dokumentieren (eingeschränkte Todesbescheinigung), wobei gleichzeitig wieder Einsatzbereitschaft herzustellen ist. Hinderungsgrund zur Durchführung der vollständigen Leichenschau ist für die Notärztin oder den Notarzt nicht nur ein tatsächlicher neuer Einsatz. Auch die größere Entfernung zwischen dem Ort der Leichenschau und dem üblichen Notarztstandort kann im Ermessen der Rettungsleitstelle eine Begründung darstellen, da sich bei einem Folgeeinsatz möglicherweise deutlich verlängerte Eintreffzeiten ergeben. In allen Fällen, in denen eine vollständige Leichenschau nicht durchgeführt werden kann, ist die Polizei über die Rettungsleitstelle unter Angabe des Grundes in Kenntnis zu setzen, damit diese einen anderen Arzt mit der Durchführung der vollständigen Leichenschau beauftragen kann. Die auf der von der Notärztin oder dem Notarzt ausgefüllten (bis Punkt 7.) und unterschriebenen Todesbescheinigung dokumentierte Todesfeststellung ist am Ort der Leichenauffindung in geeigneter Weise (z. B. Angehörige; Person, welche die Leichenschau veranlasst hat; weiteres, nicht durch einen neuen Einsatz gebundenes Rettungsdienstpersonal vor Ort) zu hinterlegen. Eine Rückkehr zum Einsatzort nach Beendigung des Folgeeinsatzes zur Durchführung der vollständigen Leichenschau durch die Notärztin oder den Notarzt ist in der Regel nicht erforderlich.

Die Leichenschau wird — soweit diese nicht ausdrücklich zu den Dienstaufgaben im Notarztendienst des Rettungsdienststrägers gehört — außerhalb dieser Dienstaufgabe eigenverantwortlich durch die Notärztin oder den Notarzt durchgeführt.

B Besondere Feststellungen bei der Durchführung der Leichenschau

Wie bei der alleinigen Todesfeststellung und der nur eingeschränkten Todesbescheinigung ist die Polizei ebenso unverzüglich zu benachrichtigen, wenn

1. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod durch eine Selbsttötung, einen Unfall oder ein Einwirken Dritter verursacht ist (nicht natürlicher Tod),
2. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung verursacht ist,
3. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod auf eine außergewöhnliche Entwicklung im Verlauf der Behandlung zurückzuführen ist,
4. der Tod während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauffolgenden 24 Stunden eingetreten ist,
5. die Todesursache ungeklärt ist,
6. die verstorbene Person nicht sicher identifiziert werden kann,
7. der Tod in amtlichem Gewahrsam eingetreten ist,
8. die verstorbene Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist, oder
9. bereits fortgeschrittene oder erhebliche Veränderungen der Leiche eingetreten sind.

Verhaltenshinweise für Einsatzkräfte, wenn polizeiliche Ermittlungen nach der Todesfeststellung erforderlich werden

Liegen die oben unter 1. bis 9. festgestellten Sachverhalte vor, ist das Eintreffen der Polizei abzuwarten, soweit nicht eine Alarmierung zu einem Folgeeinsatz dem entgegensteht. Über das Verlassen der Einsatzstelle ist die Polizei unverzüglich zu informieren. Nach Feststellung des Todes sollen alle Handlungen und Maßnahmen der Rettungskräfte vermieden werden, welche die ggf. notwendigen polizeilichen und staatsanwaltlichen Ermittlungen erschweren könnten, bzw. soll durch ein überlegtes Verhalten die Ermittlungsarbeit erleichtert werden. Insbesondere gelten folgende Prinzipien:

- Eingetretene oder vorgenommene Veränderungen des Einsatzortes (mutmaßlicher Tatort) sowie des Zustandes des Patienten bzw. der Leiche vor und nach den rettungsdienstlichen Maßnahmen (z. B. durch Umlagerung, Zugänge, Intubation, Reanimationsmaßnahmen etc.) sind in geeigneter und bei ggf. erforderlicher, unverzüglicher Übernahmepflichtigkeit eines Folgeeinsatzes in angemessener

ner Weise zu dokumentieren und der Polizei zuzuleiten. Bei Alarmierung zu einem Folgeinsatz gebührt in jedem Fall der Vorrang der Übernahme des neuen Einsatzauftrages.

- Der Zustand der Leiche und des Einsatzortes ist nicht unnötig zu verändern.
- Durch spurenschonendes Verhalten des Rettungsdienstes soll das Setzen von Trugspuren (z. B. Schaulustige und ggf. auch Angehörige fernhalten) vermieden werden.
- Bei Bestehen von Anhaltspunkten für das Vorliegen einer meldepflichtigen Krankheit oder einer sonstigen von der Leiche ausgehenden Gefahr ist diese umgehend deutlich sichtbar zu kennzeichnen.

¹⁾ Die Texte und weiterführende Informationen sind abrufbar über:
https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/bestattungsgesetz/bestattungsgesetz-14144.html.

Nds. MBl. Nr. 32/2020

B. Ministerium für Inneres und Sport

**Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettdG;
Empfehlung zur notwendigen Neuausrichtung
bei der Bearbeitung von Hilfeersuchen
durch Rettungsleitstellen**

**Bek. d. MI v. 6. 7. 2020
— 35.22-41576-10-13/0 —**

Bezug: Bek. v. 17. 8. 2017 (Nds. MBl. S. 1335), geändert durch
Bek. v. 27. 11. 2019 (Nds. MBl. 2020 S. 9)

Die Bezugsbekanntmachung wird mit Wirkung vom 5. 5.
2020 wie folgt geändert:

Die A n l a g e erhält die in der **Anlage** abgedruckte Fassung.

— Nds. MBl. Nr. 32/2020 S. 692

Zuordnungsmatrix „Hilfsersuchen an die Rettungsleitstelle“ 3.0 (Stand 2020-02-27)

Kategorie	Ergebnis der SSN	Beispiele	sachgerechte Reaktion/Disposition der Leitstelle	Personal-qualifikation ¹ f. Versorgung u. Transport	definitive med. Hilfeleistung	Zuordnung	Hilfe durch Rettungsdienst	zeitliche Dringlichkeit	Hilfsleistung-relevanz	geeignetes RM	Vorgaben/Kriterien	Transportkosten-übernahme	Erläuterungen/ Probleme
I. Notfallrettung zeitlich mit NA (RTW + NEF/ RTW + RTW)	Akute aufgetretene, schwere Erkrankung/Verletzung mit Vitalbedrohung	Herzinfarkt, Reanimation, Polytrauma	RTW u. NEF		I. d. R. Klinik, ggf. Bhdg. am Notfallort		Notfallversorgung/Überwachung, Transport i. d. R. mit Notarzt	Höchste Elle geboten! Wegerecht nach § 38 Abs. 1 SVO	ja	NEF und RTW DIN EN 1789 Typ C	Rettungsdienst-gesetz, Notarzt-Indikationskatalog, Krankentransport-richtlinien (Erkrankung/Verletzung : erfordern Ausstattung/Personal eines Rettungswagens mit Notarzt)	GKV, GUV, PKV etc.	Ärztliche Verordnung, ersatzweise med. Einsatzprotokoll als abrechnungsbegründende Unterlage
	Akute aufgetretene, schwere Erkrankung/Verletzung nach präkl. ärztlicher Erstversorgung mit Notwendigkeit e. Transports mit NA ohne aktuelle Vitalbedrohung	In medizinischer Einrichtung behandelte akute Herzrhythmusstörungen, die nach ärztlicher Einschätzung notärztlicher Transportbegleitung bedürfen	RTW mit Notarztbegleitung	NEF: NA + NotSan RTW: NotSan + RetSan	I. d. R. Klinik,		Notfall-überwachung/Transport mit Notarzt	Wenn höchste Elle geboten ist, Wegerecht nach § 38 Abs. 1 SVO	nein				
	Dringlicher Sekundärtransport zur unmittelbar notwendigen Weiterversorgung eines Pat. mit akuter, schwerer Erkrankung/Verletzung, die Notarztbegleitung erfordert, in anderer Klinik aus zwingenden med. Gründen	Herzinfarkt, Polytrauma nach erfolgreicher klinischer Primärversorgung, wenn dort eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung nicht möglich ist											
II. 1 Notfallrettung zeitlich ohne Notarzt (RTW)	Intensivtransport Medizinisch notwendiger Interhospitaltransport unter intensivmed. Bedingungen bei schwerer Erkrankung/Verletzung; erweiterte med. Ausstattung und Zusatzqualifikation des Personals erforderlich		ITW, ITW	wie oben + Zusatz-qualifikation „Intensivtransport“	Klinik		ITW, ITW	Höchste Elle geboten! Wegerecht nach § 38 Abs. 1 SVO	ja	ITW, ITW	Rettungsdienst-gesetz, Notarzt-Indikationskatalog, Krankentransport-richtlinien, Empfehlung „Intensivtransport“ des LARF 2011		Anforderungsformular „Intensivtransport“
	Akute aufgetretene, schwere Erkrankung/Verletzung ohne feststellbare Vitalbedrohung	Verletzung ohne Vitalgefährdung (z.B. isolierte Extremitätenverletzung), akut aufgetretene abdominelle Schmerzen ohne Vitalgefährdung, die med. Abklärung/ Behandlung erfordern	RTW	NotSan + RetSan	I. d. R. Klinik, ggf. sonst. Versorgungseinrichtung		Notfallversorgung/Überwachung, Transport	Höchste Elle geboten! Wegerecht nach § 38 Abs. 1 SVO	ja	RTW DIN EN 1789 Typ C	Rettungsdienst-gesetz, Krankentransportrichtlinien (Erkrankung/Verletzung : erfordern Ausstattung/Personal eines Rettungswagens)	GKV, GUV, PKV	Ärztliche Verordnung, ersatzweise med. Einsatzprotokoll als abrechnungsbegründende Unterlage
	Akute aufgetretene, schwere Erkrankung/Verletzung (ggf.nach präklinischer ärztlicher Erstbehandlung) mit Notwendigkeit eines Transportes durch RTW (Ausstattung/ Personal)	In medizinischer Einrichtung behandelte akute Herzrhythmusstörungen, die nach ärztlicher Einschätzung eines Transportes durch RTW (Ausstattung/Personal) bedarf							Wenn höchste Elle geboten ist, Wegerecht nach § 38 Abs. 1 SVO	nein			
II. 2 Notfallrettung ohne Notarzt nicht disponibel	Dringlicher Sekundärtransport zur unmittelbar notwendigen Weiterversorgung e. Patienten mit schwerer Verletzung/ Erkrankung ohne aktuelle Vitalbedrohung in anderer Klinik aus zwingenden medizinischen Gründen	Kritischeres Trauma der Wirbelsäule m. neurolog. Symptomatik, die umgehende Behandlung in Spezialklinik erfordert, akuter arter. Gefäßverschluss mit dringl. Notwendigkeit einer Behandlung in Spezialklinik	Notfall-KTW	RetSan ² + RetSan	Klinik, ggf. sonstige med. Versorgungseinrichtung		Überwachung, Transport	ohne Einsatz v. Wegerecht nach § 38 Abs. 1 SVO, Zeitvorgabe: innerhalb v. 30 Min. in 80% d. Fälle	nein	mindestens DIN EN 1789 Typ B	NRatDG, Krankentransportrichtlinie (Ausstattung/Personal mind. eines KTW-Typ B zwingend notwendig)	GKV, GUV, PKV etc.	Ärztliche Verordnung, ersatzweise med. Einsatzprotokoll als abrechnungsbegründende Unterlage
	Erkrankung/Verletzung ohne im überschaubaren Verlauf zu erwartende Verschlechterung o. Vitalbedrohung, die ambulante oder stat. Behandlung, apparative Ausstattung u./oder Personal-qualifikation eines RTW erforderlich	Verletzte o. entfernte Blasenkathe-ter o. PEG-Sonden; in Praxis o. Klinik abzuwickelnde Beschwerden bei akuter o. chronischer, erkrankungsbedingt eingeschränkter Mobilität u. fachlicher Betreuungsnötigkeit											
	Anforderung nach ärztlicher Verordnung, Ausschluss von Erkrankungen/Verletzungen mit zu erwartender Vitalbedrohung, keine apparative Ausstattung u./oder Personal-qualifikation eines RTW erforderlich	Diagnosen lt ärztlicher Angabe	KTW	RetSan + geeignete Person	Transport zu bzw. Entlassung aus einer ambulanten o. stationären Behandlung in Klinik oder sonstigen med. Versorgungseinrichtung	Transport KTW	ohne Einsatz von Wegerecht nach § 38 Abs. 1 SVO	nein	mindestens DIN EN 1789 Typ A2	Rettungsdienst-gesetz, Krankentransport-richtlinie (Erkrankung/Verletzung : erfordern Ausstattung/Personal eines Krankentransportwagens)	Durch Vertragsärzte o. ärztl. geleitete Einrichtungen veran-lassten Krankentransporten, Entlassungen, Verlegungen ist eine ärztl. Verordnung i. d. R. erforderlich. In anderen Fällen dient b. Disposition über d. RLST ersatzweise d. med. Einsatzprotokoll als abrechnungsbegründende Unterlage, so-wie in der Endgültigvereinbarung geregelt. Bei Transport zur amb. Behandlung vorherige Genehmigungspflicht!	Durch Vertragsärzte o. ärztl. geleitete Einrichtungen veran-lassten Krankentransporten, Entlassungen, Verlegungen ist eine ärztl. Verordnung i. d. R. erforderlich. In anderen Fällen dient b. Disposition über d. RLST ersatzweise d. med. Einsatzprotokoll als abrechnungsbegründende Unterlage, so-wie in der Endgültigvereinbarung geregelt. Bei Transport zur amb. Behandlung vorherige Genehmigungspflicht!	Durch Vertragsärzte o. ärztl. geleitete Einrichtungen veran-lassten Krankentransporten, Entlassungen, Verlegungen ist eine ärztl. Verordnung i. d. R. erforderlich. In anderen Fällen dient b. Disposition über d. RLST ersatzweise d. med. Einsatzprotokoll als abrechnungsbegründende Unterlage, so-wie in der Endgültigvereinbarung geregelt. Bei Transport zur amb. Behandlung vorherige Genehmigungspflicht!
III. qualifizierter Krankentransport (KTW) disponibel													

IV. 1 Transport nach pBeifG im Tragestuhl	Erkrankung/Verletzung, die der Behandlung in einer med. Versorgungseinrichtung bedarf, kein erkennbares Risiko für Zustandsverschlechterung oder vitale Gefährdung, Ausstattung und personelle Qualifikation eines Rettungsmittels nicht erforderlich, Transport in Eigenregie/ÖPNV aus zwingenden medizinischen Gründen nicht möglich	Lokale oder geringere Beschwerden ohne Beeinträchtigung des sonstigen Gesundheitszustandes oder chron. Erkrankungen mit dadurch bedingter Einschränkung der Mobilität	Übergabe/Verweis an Unternehmen mit Genehmigung nach pBeifG	Keine medizinische Qualifikation erforderlich, Personen- beförderungs- schein	medizinische Versorgungs- einrichtung	Kranken- fahrt nach pBeifG	Keine Rettungs- mittel- disposition	Rettungsdienst- transportrichtlinie (Krankentfahrt, Erkrankung/Ver- letzung erfordert nicht Ausstattung/ Personal eines Kfz), pBeifG, Kfz, SGB V § 75 (Sicherstellung KV)	GKV, GUV, PKV etc.	Besetzung mit 2. Person zur Tragehilfe erforderlich
IV. 2 Transport nach pBeifG im Rollstuhl	Erkrankung/Verletzung, die ambulanter Behandlung bedarf, kein erkennbares Risiko für Zustandsverschlechterung oder vitale Gefährdung, Transport in Eigenregie/ÖPNV medizinisch möglich und ausreichend	Kleinere Verletzungen, lokale Beschwerden ohne Beeinträchtigung des sonstigen Gesundheitszustandes oder der Mobilität	Übergabe/Verweis an Untersuchung/ Behandlung im ambulanten Versorgungsbereich mit Transport in Eigenregie	Keine medizinische Qualifikation erforderlich, Personen- beförderungs- schein	medizinische Versorgungs- einrichtung	Vertragsärztin/ Bereit- schaftsdienst (Praxen, Bereitschafts- praxen, ggf. Klinik- ambulanz)	Keine Rettungs- mittel- disposition	Krankentransport- richtlinie (Erkrankung/Ver- letzung erfordert keine "Krankentfahrt"), SGB V § 75 (Sicherstellung KV)	24/7 Erreichbarkeit der Vertrags-/Bereitschafts-praxen derzeit nicht sichergestellt Parallelstruktur Keine organisatorische Wesensbezugnis der Leistung	Besetzung mit 1 Person
IV. 3 Transport nach pBeifG sitzend	Erkrankung/Verletzung, die ambulanter Behandlung zu Hause bedarf, kein erkennbares Risiko für eine vitale Gefährdung, Transport zu Praxis/Klinik wegen der Art der Erkrankung/ Verletzung nicht angemessen/ zumutbar	Interkurrente Erkrankungen bei Pflegebedürftigkeit; febrile Infekte, krankheitsbedingte Mobilitätseinschränkung	Übergabe/Verweis an Untersuchung/ Behandlung durch Bereitschaftspraxis /Vertragsarzt am Aufenthaltsort des Patienten	Keine medizinische Qualifikation erforderlich, Personen- beförderungs- schein	am Aufent- haltsort des Patienten	Vertragsärztin/ Bereit- schaftsdienst (Hausbesuch)	Keine Rettungs- mittel- disposition	SGB V § 75 (Sicherstellung KV)	24/7 Erreichbarkeit der Vertrags-/Bereitschafts-praxen derzeit nicht sichergestellt Parallelstruktur Keine organisatorische Wesensbezugnis der Leistung	Besetzung mit 1 Person
VII. Anforderung e. pflegerischen Hilfeleistung ohne Notwen- digkeit einer ärztlichen Untersuchung/ Behandlung (kein Transport)	Erkrankung/Verletzung, die ambulanter Behandlung zu Hause bedarf, kein erkennbares Risiko für eine vitale Gefährdung, Transport zu Praxis/Klinik wegen der Art der Erkrankung/ Verletzung nicht erforderlich	Pflegerische Hilfeleistung am Aufenthaltsort des Patienten	Pflegerische Hilfeleistung durch Pflegepersonal am Aufenthaltsort des Patienten	Keine medizinische Qualifikation erforderlich, Personen- beförderungs- schein	am Aufenthalts- ort des Patienten	Ambulante Pflegedienste	Keine Rettungs- mittel- disposition	§ 71 SGB X (ständige Erreichbarkeit)	Häufigkeit? Relevanz? Vermittlung an "Pflegenotruf"?	Besetzung mit 1 Person
VIII. Anforderung einer nicht medizinischen Hilfeleistung (kein Transport)	keine Erkrankung/Verletzung erkennbar, kein erkennbares Risiko für eine schwerere Gesundheitsstörung oder vitale Gefährdung, kein Transport gewünscht und/oder indiziert	Tragehilfe in Altenwohnheim, hilflose Personen	Der Situation entsprechend, kein Transport indiziert	Keine medizinische Qualifikation erforderlich, Personen- beförderungs- schein	keine med. Behandlung erforderlich	Ambulante Pflegedienste	Keine Rettungs- mittel- disposition			Besetzung mit 1 Person

Legende: GKV: gesetzliche Krankenversicherung; GUV: gesetzliche Unfallversicherung; GewO: Gewerbeordnung; ITH: Intensivtransportwagen; KTW: Krankentransportwagen; KV: kassenärztliche
Vereinigung; LARD: Landesarbeitsrat Rettungsdienst Niedersachsen; MBI: Ministerialblatt; NA: Notarzt/Notarzt; NEF: Notfallsanitäter/-in; ÖPNV: öffentlicher Personennahverkehr; pBeifG: Personen-
beförderungsgesetz; PKV: private Krankenversicherung; RettAss: Rettungssanitäter/-in; RettSan (NFI): RettSan mit Zusatzqualifikation Notfallrettung; RLST:
Rettungsleitstelle; RTW: Rettungstransportwagen; SGB: Sozialgesetzbuch; 1= soweit durch gesetzliche Regelungen nicht anders bestimmt, kann anstelle der/des NotSan auch eine/ein RettAss
eingesetzt werden; 2= Voraussetzungen gemäß der Empfehlung des LARD zur „Qualifikation von Einsatzführern auf N-KTW“.