

notfallversorgung

in der Steiermark



KONZEPT
STAND 25. JULI 2022



PRÄAMBEL

Die Versorgung der steirischen Bevölkerung bei Notfällen und akuten medizinischen Situationen hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert und stößt an ihre fachlichen und personellen Grenzen. Um für die Zukunft gerüstet zu sein bzw. aktuelle Herausforderungen zu meistern, müssen kurzfristig vorhandene Ressourcen gezielt eingesetzt und langfristig neue Strukturen geschaffen werden. Aus diesem Grund hält es die Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin für sinnvoll, ein durchdachtes Versorgungskonzept zu erarbeiten, um für die Bevölkerung ein Optimum in der Notfallversorgung zu erreichen.

IST-Zustand.....	3
Aktuelle Problematik.....	5
Versorgungsqualität.....	6
Lösungsansätze.....	7
Begleitmaßnahmen.....	12
Umsetzung.....	13
Zusammenfassung.....	14



IST-ZUSTAND

Nach Anwählen der Notrufnummer 144 wird in der Steiermark (ausgenommen Graz-Stadt) das 2-stufige Versorgungsmodell aktiviert. Je nach Einschätzung bzw. Vorgabe des Abfrageschemas erfolgt die Alarmierung eines Rettungswagens mit Blaulicht, besetzt mit Rettungssanitäter*in evtl. Notfallsanitäter*in oder zusätzlich eines Notarztmittels (NEF = Notarzteinsatzfahrzeug bzw. Rettungshubschrauber). Bei Vorliegen einer akuten Erkrankung- vor allem außerhalb der Ordinationszeiten des Hausarztes- wird über das Gesundheitstelefon (Tel: 1450) der Visitedienst (=ärztliche Bereitschaftsdienst) alarmiert. Alle Notrufe, bzw. auch alle Krankentransporte, Rettungs-, Notarzt- und Hubschraubereinsätze und sonstige Notfalleinsätze werden über die Leitstelle des Roten Kreuzes koordiniert. Notrufe werden mithilfe eines strukturierten Abfrageschemas verarbeitet, das vom Rettungsdienst etabliert und adaptiert wurde. Anpassungen des Fragenbaums bzw. Einbeziehung der Notärzte*ärztinnen haben bislang nicht stattgefunden. Ebenso ist das Gesundheitstelefon sowohl örtlich als auch strukturell an die Rettungsleitstelle angebunden.

Die rettungstechnischen/notfallmedizinischen Kompetenzen

Rettungssanitäter*innen haben in Österreich eine zumindest 260 Stunden dauernde Ausbildung und verfügen über die Berechtigung "lebensrettende Sofortmaßnahmen" inklusive Sauerstoffgabe und Defibrillation anzuwenden, sowie eine Beatmung über einen supraglottischen Atemweg (=SGA) sicherzustellen. Notfallsanitäter*innen sind als Assistenten*innen der Notärzte*innen wesentlich besser ausgebildet, und können darüber hinaus erweiterte Kompetenzen erwerben inklusive Gabe von Infusionen und/oder Medikamenten bis hin zur Intubation und Beatmung im Rahmen der Reanimation.

	Theorie(Std.)	Praxis(Std.)	Gesamt(Std.)
Rettungsanitäter(RS)	100	160	260
Notfallsanitäter(NFS)	+ 160	+ 320	+ 480
Notfallsanitäter(NKA)	+ 40	0	+ 40
Notfallsanitäter(NKV)	+ 10	+ 40	+ 50
Notfallsanitäter(NKI)	+ 30	+ 80	+ 110
Maximal			920

*Tabelle der Mindest-Ausbildungsmöglichkeiten für Sanitäter*innen in Österreich*

Niedergelassene Ärzt*innen haben eine Berufsberechtigung und sehr unterschiedliche Kompetenzen auch für akutmedizinische Maßnahmen.



Notärzt*innen müssen ein gültiges Notarzt-Diplom besitzen und sind für die notfallmedizinische Maximalversorgung bis hin zur Narkoseeinleitung, Intubation, Beatmung, Schockbehandlung usw. ausgebildet. Nach der neuen Ausbildungsordnung 2019 ist eine zumindest 3-jährige Ausbildung in einem Zentralkrankenhaus mit nachweislicher Absolvierung der notwendigen Fertigkeiten und positivem Abschluss der österreichweit einheitlichen Notarzt-Prüfung erforderlich, jedoch keine Berufsberechtigung (Jus practicandi), sodass auch Ärzt*innen in Ausbildung im Rahmen eines krankenhausgestützten Notarztsystems notärztlich tätig werden können.

Es gibt in der Steiermark 16 Bezirksstellen des Roten Kreuzes und mehr als 80 Ortstellen der Rettungsdienste - mancherorts nicht permanent besetzt - 20 Notarztstützpunkte, die 24/365 besetzt sind und 3 Rettungshubschrauber- in der touristischen Hochsaison ein 4ten RTH (Niederöblarn), wobei der Stützpunkt St. Michael auch Nachtflüge durchführt. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist auf 25 Regionen aufgeteilt, deren Bereitschaft auf 18-23 Uhr bzw. am Wochenende auf 07-12 und 13-23 Uhr beschränkt ist. Laut Jahresbericht des Roten Kreuzes wurden im Jahr 2020 knapp 600 000 Einsätze disponiert, davon 30 000 Notarzteinsätze und 4500 Alarmierungen der Rettungshubschrauber. Auffällig im Jahresverlauf ist, dass in den letzten 3 Jahren die Zahl der Einsätze um 20% gesunken, dafür aber die Zahl der Notarzteinsätze um 10% gestiegen ist.



AKTUELLE PROBLEMATIK

Die Einsatzhäufigkeit des*der Notarztes*ärztin liegt in Österreich bei ca. 25-30 ES/T EW, in der Steiermark bei 23 ES/T EW und ist damit um ein Vielfaches höher als in anderen Ländern der EU (Quelle: „Notarztsysteme im EU-Vergleich; Mezler-Aldenburg 2018“). In der Steiermark erleiden etwa 2000 Patient*innen (1,7 Fälle/T EW) derart lebensbedrohliche Situationen, dass die hohe Kompetenz eines Notarztes erforderlich ist. In etwa 5 Fällen/T EW liegen akute Erkrankungen bzw. Verletzungen vor, wo eine Hilfe von niedergelassenen Ärzten*innen sinnvoll wäre und den Patient*innen manchmal sogar ein Transport ins Krankenhaus erspart bliebe. Ebenso ist davon auszugehen, dass bei etwa 5 Alarmierungen/T EW der*die Notfallpatient*in auch ohne ärztliche Versorgung ins Krankenhaus gebracht werden könnte. Zusammengefasst ist in etwa 50% der derzeitigen Notarzteinsätze keinerlei ärztliche Tätigkeiten erforderlich (Storno, Todesfeststellung, Leerfahrt, sog. strategische Einsätze usw.).

Mit der Zentralisierung unter dem „Gesundheitstelefon 1450“ und Wegfall der verpflichtenden Bereitschaftsdienste der Vertragspraktiker gibt es das gewohnte Arzt*Ärztin-Patienten*innen-Verhältnis außerhalb der Ordinationszeiten nicht mehr. Der nun freiwillige ärztliche Bereitschaftsdienst findet weniger Akzeptanz, sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch aus der Sicht der Patient*innen. Bis zu 40% aller Dienste können nicht besetzt werden, die Patienten warten auch ungern am überlasteten Gesundheitstelefon um ein Abfrageschema über sich ergehen zu lassen, sondern begeben sich vermutlich oft selbstständig ins nächste Krankenhaus.

Durch den Wegfall der niedergelassenen Ärzteschaft in der Akutversorgung und aufgrund aller dieser Rahmenbedingungen ist der Notarztdienst zum Notnagel bzw. Lückenbüßer geworden. Die „Notarztausbildung – neu“ hat unter anderem auch den Vorteil, dass auch Kolleg*innen in Ausbildung bereits im Notarztdienst eingesetzt werden können. Nachdem diese aber als Assistenzärzt*innen nur „unter Aufsicht“ arbeiten dürfen, ist die dafür im Gesetz definierte Voraussetzung die Anbindung des Notarztsystems an ein Krankenhaus. Mit der Auslagerung des Notarztdienstes fällt diese motivierte Gruppe aus. Ein weiterer Schwachpunkt des Systems ist die zudem sehr fragwürdige dienstrechtliche Situation. Nach Ansicht des Landes ist der/die Notarzt*ärztin kein behandelnder Arzt*Ärztin, weil er*sie weder als Spitalsarzt*ärztin noch als niedergelassene*r Arzt*Ärztin tätig ist; er*sie ist eigentlich nur ein bessere*r Ersthelfer*in. Dazu kommt noch durch den Wegfall der Dienstpflicht und einer fehlenden Führungsstruktur die Unmöglichkeit die Diensttätigkeit verpflichtend und prioritär anzuordnen bzw. Ärzt*innen zum Dienst einzuteilen.



VERSORGUNGSQUALITÄT

Wie aus oben angeführten Zahlen hervorgeht sind lebensbedrohliche Situationen (Polytrauma, Schädel-Hirn-Trauma, Reanimation, Schock) - Gott sei Dank- sehr selten und damit auch die Notwendigkeit für den Notarztdienst für invasive, spezielle Notfallmaßnahmen eher die Ausnahme (< 10%). Demgegenüber muss aber festgestellt werden, dass für diese Fertigkeiten mit hoher Evidenz nachgewiesen wurde, dass eine adäquate notärztliche Versorgung das Überleben signifikant verbessert, sofern dies von erfahrenen

Anwendern mit hoher Kompetenz durchgeführt wird. Alle internationalen Fachgesellschaften fordern für die notwendigen invasiven Maßnahmen(Intubation, Beatmung, Narkose-Einleitung, Schockbehandlung) Fallzahlen, die im Rahmen des Notarztdienstes allein in der Steiermark nicht erfüllt werden können.

(z. B. 10 Intubationen/Jahr usw.). So sind derzeit etwa 350 Notärzt*innen und mehr als 800 Notfall-Sanitäter*innen im Einsatz, sodass ein*e Notarzt*ärztin pro Jahr etwa 6 schwer lebensbedrohlich erkrankte/verletzte Patient*innen zu versorgen hat bzw. im Durchschnitt etwa 4 Intubationen durchführt.

Aus dem Aspekt der Qualitätssicherung ist somit eine adäquate Notfallversorgung nur von Ärzt*innen zu erwarten, die in einem Leitkrankenhaus tätig sind und regelmäßig Notfallversorgungen in der Notaufnahme, der Intensivstation oder im Operationssaal managen.

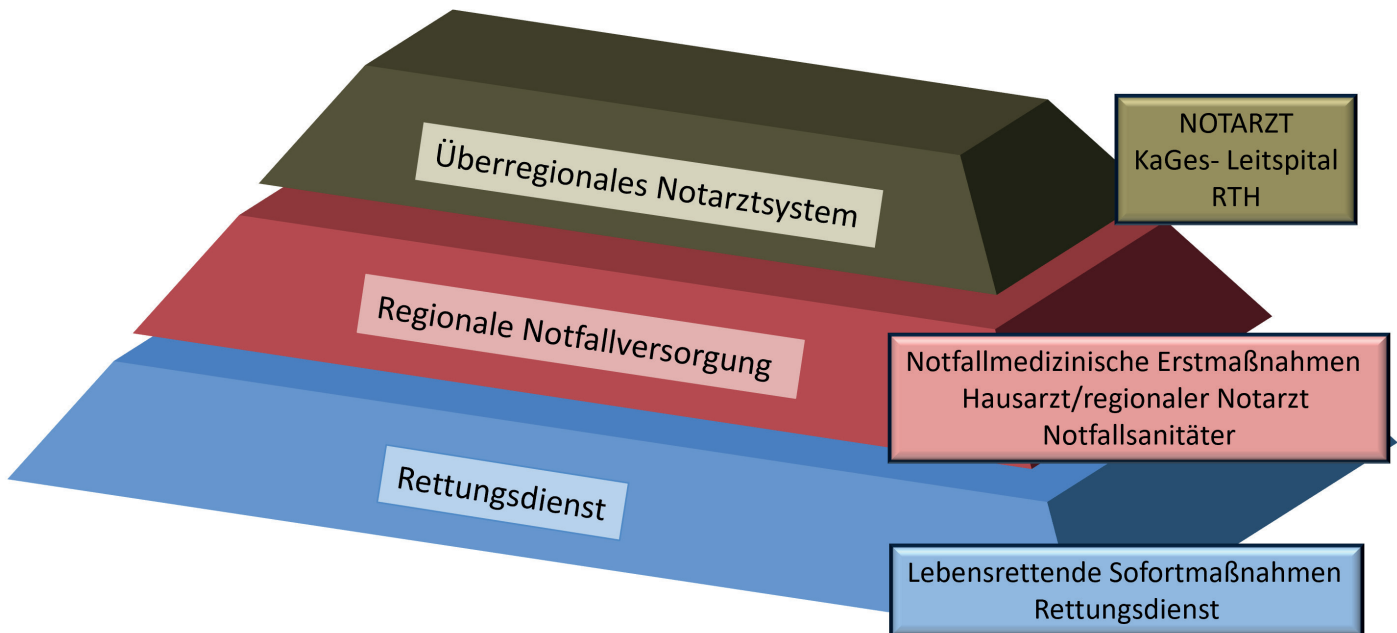
Die Sanitäter*innen in der Steiermark sind Großteils ehrenamtlich für einen Zeitraum von durchschnittlich 4 Jahren tätig. Durch die Kombination von Krankentransport und Rettungsdienst ist zwar die rettungstechnische Erfahrung gegeben, nicht jedoch der medizinische Aspekt. Bei mehr als 11 000 Sanitäter*innen erlebt ein*e Rettungssanitäter*in vielleicht 1x jährlich eine akutmedizinische Versorgung durch einen Arzt*Ärztin aber nur alle 5 Jahre einen lebensbedrohlichen Notfall.



LÖSUNGSANSÄTZE

Das klare Ziel lautet: „Die richtige Hilfe zur richtigen Zeit“

Dazu ist es erforderlich ein 3-stufiges Versorgungsmodell (AGN 2014) mittelfristig zu etablieren.



STUFE I

Rettungsdienst

Die Basis der Erstversorgung liegt bei einem flächendeckenden Rettungssystem.

Der Rettungswagen ist besetzt mit 2 Rettungssanitäter*innen und ausgestattet mit Rettungsmaterial inklusive Sauerstoff, Defibrillator, Verbandsmaterial und diversem speziellen Equipment. Die von diesen gesetzten Maßnahmen sind Techniken der Sanitätshilfe. Die Verteilung der Rettungsdienststellen soll so gestaltet sein, dass eine Hilfsfrist von 10 min eingehalten werden kann.

STUFE II

Regionale Notfallversorgung

Die regionale Notfallversorgung basiert auf den Säulen der ärztlichen Akut-Versorgung und der Notfallversorgung durch den Rettungsdienst.



a) Ärztliche Akutversorgung

Der überwiegende Teil der derzeitigen Notarzteinsätze sind Alarmierungen zu akuten Erkrankungen oder Verletzungen, die aber keine hoch-spezifische notärztliche Kompetenz erfordern (Krampfanfälle, Kollapszustände oder Hochdruckkrisen, Dehydratation, stabile Angina pectoris, zunehmende infekt- ausgelöste Atemnot, kolikartige Schmerzen, Verletzung an Extremitäten, Verbrennung/Verbrühung < 10%, Angstzustände, apoplektischer Insult usw.).

Die Versorgung dieser Patient* innen sollte durch die regionalen Notarztsysteme in Kombination mit dem ärztlichen Visiten-dienst (= Bereitschaftsdienst) oder verfügbare Allgemeinmediziner (Notfall-App) erfolgen. Die Verteilung kann aus den aktuellen Sprengeldiensten abgeleitet werden, wodurch auch eine Hilfsfrist von 20min realistisch erscheint. Wir erwarten eine höhere Qualität durch die Patientenversorgung zuhause, oft auch ohne Transportnotwendigkeit, was zur Kostenersparnis und auch Entlastung der Spitalsambulanzen beiträgt. Dieser Bereitschaftsdienst muss ebenso wie der Rettungs- und Notarztdienst 24/365 angeboten werden und erfordert auch eine gewisse notfallmedizinische Grundausbildung (Zertifikat Notfallmedizin).



Übersicht der aktuellen Versorgungsregionen

b) Die Notfallversorgung durch Notfallsanitäter

Viele Notfallsituationen sind nur im Krankenhaus diagnostizier- und behandelbar und erfordern keine wesentliche notärztliche Versorgung vor Ort, sondern einen raschen Transport ins Krankenhaus. Der*die durchschnittliche Rettungs-sanitäter*in bzw. die Zivildienstler sind jedoch vielfach überfordert, was unnötige Notarztalarmierungen zur Folge hat. Gerade die Entscheidungsfindung, ob ein Notfallpatient von einem raschen Transport ins Krankenhaus profitiert oder eine ärztliche Intervention vor Ort sinnvoll erscheint, erfordert einen hohen Ausbildungsgrad und sehr viel klinische Erfahrung.



Optimalerweise empfiehlt sich pro Bezirk die Installierung eines speziellen NOTFALL-WAGENS (TYP C), der mit zumindest einem/r erfahrenen Notfallsanitäter*in besetzt ist, der*die auch über eine Kompetenz „Venöser Zugang“ verfügt(NKV). Dieses Fahrzeug rückt zur Unterstützung des regionalen Notarztes/niedergelassenen Arztes aus bzw. nach einer speziellen Indikationsliste (unklarer Fall, vermutlich keine notärztliche Maßnahme erforderlich). Die Ausbildung sollte sich an der Akutversorgung einer Erstaufnahme orientieren. Die Hilfsfrist sollte ebenfalls mit 15min angesetzt werden. Dieses Modell hat sich seit mehr als 40 Jahren in Graz bewährt und ermöglicht hierorts eine ausreichende Notarztkapazität, selbst bei einer Abdeckung von 200 000 Menschen/Notarzt.

c) Tele-Notarzt*ärztin

Zur Unterstützung dieser Notfallwagen könnte auch die Errichtung eines „Tele- Notarztes*ärztin“ sehr hilfreich sein. Die Aufgabe dieses Dienstes, der telemedizinisch mit den Kolleg*innen bzw. Sanitäter*innen in Kontakt ist, ist es, anhand von übertragenen Vitalfunktionsdaten und evtl. Erforschung vorhandener Vorerkrankungen (Medocs) die vor Ort befindlichen Kolleg*innen zu beraten. Diese Funktion erfordert eine hohe notfallmedizinische Erfahrung und Zugriffsmöglichkeiten auch auf Patienteninformationssysteme (ELGA, MEDOCS). Am ehesten wird der*die lokale Notarzt*ärztin diese Anforderungen erfüllen können, mit dem positiven Nebeneffekt, dass es in seiner/ihrer Entscheidungskompetenz liegt, ob er/sie den Fall telemedizinisch begleitet oder selbst zum Notfall ausfährt.

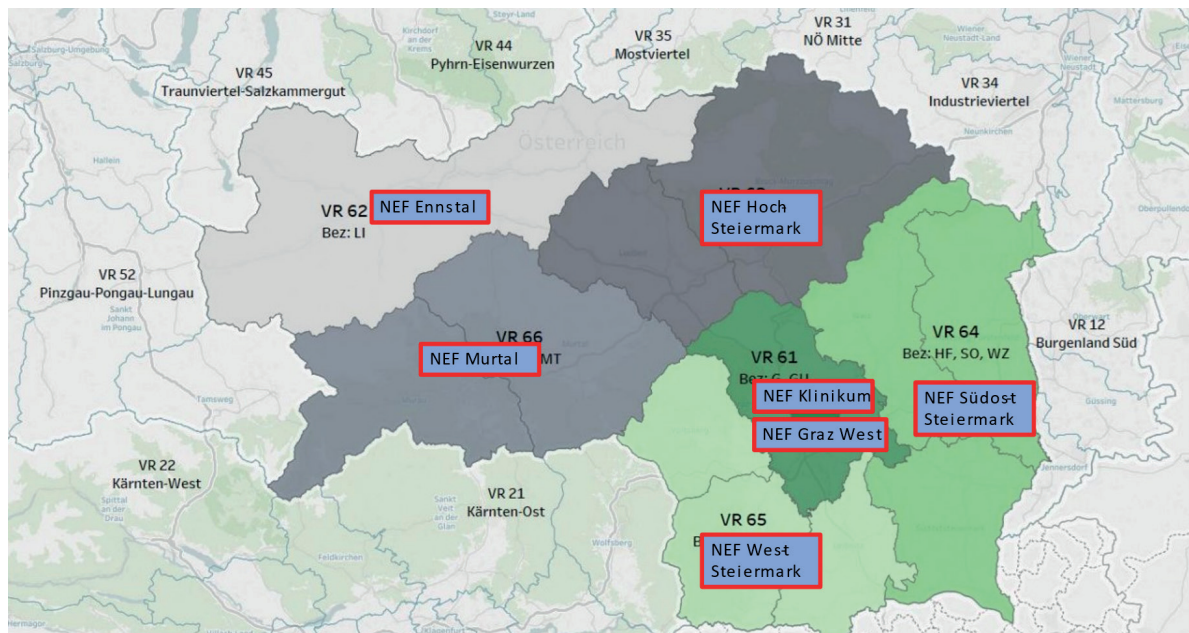
STUFE III

Überregionales Notarztsystem

Es ist unbestritten, dass in lebensbedrohlichen Situationen (Schock, Reanimation, Herzinfarkt, Polytrauma, Schädel-Hirn-Trauma) die notärztliche Kompetenz einen wesentlichen Einfluss auf das Überleben der Patient*innen hat. Dabei werden der Erfahrung und Routine der Anwender*innen bereits ein höherer Stellenwert eingeräumt als der Hilfsfrist. Die notärztlichen Maßnahmen, für die auch nach medizinischem Wissensstand eine hohe Evidenz nachweisbar ist, liegen im Tätigkeitsbereich einer Notaufnahme, des Schockraums, einer Intensivstation bzw. eines Akut-/OPs. Die erforderlichen Kompetenzen werden in entsprechender Häufigkeit nur in Leit-Krankenhäusern erfüllt.

Diese sind bereits im RSG definiert: Graz, Hoch-Steiermark, Murtal, Südost-Steiermark, West-Steiermark, Ennstal, Hartberg-Fürstenfeld).





Überregionale Notarztstützpunkte

Der überregionale Notarztdienst ist an die Leitspitäler zu übertragen, in deren Aufgaben zu integrieren und im Rahmen der Diensträder zu besetzen. Der Notarztdienst ist zu institutionalisieren, entweder einer Abteilung zuzuordnen bzw. in Form einer „gemeinsamen Einrichtung“ bei der Direktion zu etablieren. Wesentlich ist die Funktion des Stützpunktleiters, der für die gesamte Dienstplangestaltung verantwortlich ist, dafür aber über die Personalhoheit (mit optionaler Einbindung von Externisten) verfügt. Ihm ist auch die Mitbestimmung bei der Ausrüstung, die Kompetenz der Datenverwaltung und der Qualitätssicherung zu übertragen.

Die Übertragung des Notarztdienstes an die Leit-Krankenhäuser bringt mehrere Vorteile:

- Dienstpflicht für die Ärzteschaft/Abteilung
- Klarstellung der dienstrechtlichen Situation
- Kontinuität
- Notarzt*ärztin ist „behandelnder Arzt*Ärztin“
- (Mit)-Arbeit in der Routine im Krankenhaus (Hybrid-Dienst)
- laufendes Training
- Ausbildung von jungen Kolleg*innen
- kontinuierliche Fortbildung
- Verfolgung des Krankheitsverlaufs der Patient*innen nach erfolgter Versorgung
- Qualitätssicherung
- Abfrage der Vorerkrankungen aus dem KIS (MeDocs)



Vorliegende Tabelle zeigt die Abdeckung der Bevölkerung und die zu erwarteten lebensbedrohlich erkrankten/verletzten Patient*innen, die eine notärztliche Versorgung benötigen.

	KH	Einwohner- zahl	Notfälle Stufe III/Jahr	Realistisch
Graz Klinikum	Klinikum	210 000	~ 360	700
Graz-West	Graz II	240 000	~ 400	800
Ennstal	Rottenmann	80 000	~ 150	300
Hochsteiermark	Bruck/Leoben	160 000	~ 300	600
Südost-Steiermark	Feldbach	260 000	~ 420	800
West-Steiermark	Deutschlandsberg	115 000	~ 200	400
Murtal	Knittelfeld	100 000	~ 170	340

Erwarteter Bedarf der notärztlichen Versorgung

Wie aus der Tabelle hervorgeht liegt die Zahl der tatsächlich von einer notärztlichen Versorgung profitierenden Notfallpatient*innen für ein überregionales Notarztsystem zwischen 0,5 und 1,3 Fällen/Tag. Dies ist jedoch nur ex post zu erreichen, eine doppelt so hohe Einsatzfrequenz erscheint realistisch, sodass sich etwa 2-3 Einsätze/Tag ergeben. Nachdem davon auszugehen ist, dass bereits nach 10 min ein regionales Versorgungssystem am Notfallort eintrifft, ist auch eine längere Hilfsfrist von 30min im Extremfall akzeptierbar.

Sowohl aus der Bevölkerungszahl als auch aufgrund der geographischen Ausdehnung erscheint die Region Südost-Steiermark sehr groß, sodass eine Teilung in den nördlichen Bereich (Hartberg/Weiz) und einen südlichen (Feldbach/Radkersburg) sinnvoll erscheint. Inwieweit das Notarztsystem Oberwart in Anlehnung an das „Trauma-Netzwerk Steiermark“ auch in die Notfallversorgung der Region Hartberg einbezogen werden kann, bleibt abzuwarten.

Der Rettungshubschrauber (=RTH)

Der Rettungshubschrauber ist eine absolut notwendige Ergänzung in der Notfallversorgung. Der Einsatz in der Nacht ist zwar möglich, jedoch auch nur bei adäquaten Wetterbedingungen und mit einer Vorlaufzeit von 15-20 min. Aufgrund der technischen Gegebenheiten ist dieses Rettungsmittel in erster Linie für den Einsatz außerhalb von Ballungsräumen optimal einsetzbar. In verbautem Gebiet werden Landeplätze benötigt (z. B. Fußballplatz), wodurch zusätzliche Transporte zwischen Notfallort und Hubschrauber notwendig werden, was die gesamte Versorgungszeit wieder deutlich verlängert. Eine der Haupt-Indikationen für den Hubschrauber ist der Transport schwer verletzter/erkrankter Patient*innen an das Univ.-Klinikum, wodurch der RTH Graz auch für den Nachtflug prädestiniert ist. Er lässt sich vermutlich unschwer ableiten, dass der RTH als überregionales Notarztmittel (Stufe III) einzustufen und von einem Leitspital ärztlich zu führen ist.



BEGLEITMASSNAHMEN

FIRST RESPONDER-SYSTEM – NACHBARSCHAFTSHILFE

Nachdem auch der Rettungsdienst eine durchschnittliche Anfahrtszeit von 8-10 min aufweist, ist es sinnvoll, (notfall)medizinisch gebildetes Personal aus der umliegenden Nachbarschaft zum akuten Notfall zu beordern (Ärzt*innen, Sanitäter*innen, Feuerwehrleute, Krankenpflege). Diese First-Responder können lebensrettende Sofortmaßnahmen inklusive Reanimation, Seitenlagerung und Blutstillung bis zum Eintreffen weiterer Hilfe applizieren. Hilfsfrist 3 min.

LEITSTELLE

Die Leitstelle ist die zentrale Drehscheibe der Alarmierung im Notfall. Sie wird derzeit von einer Rettungsorganisation geführt, deren Kernaufgabe der Krankentransport ist. Die Abwicklung eines Notfalls ist aufgrund der in der Steiermark noch immer bestehenden Kombination von Krankentransport und Rettungsdienst nur ein kleiner „Nebenschauplatz“; bei mehr als 1 Mill. Anrufen/Jahr gibt es 30 000 Notarzt-Alarmierungen. Eine unabhängige, hoheitlich geführte Landesleitstelle für Rettungseinsätze, getrennt vom Krankentransport – daher auch um einiges kleiner – könnte die Notfälle konsequenter bearbeiten, andere Rettungsorganisationen einbinden, Hilfsfristen verkürzen und die Effektivität steigern.

Nachdem aus dem derzeit 2-stufigen Notarzt-Rettungssystem mit diesem Modell eine 3-stufige Versorgung wird, sind auch entsprechende Indikationen zu den Versorgungsstufen im Abfrage- und Alarmierungsschema zu hinterlegen. Diese Indikationslisten müssen von den jeweiligen Berufsgruppen gemeinsam mit den Leitstellendisponenten erarbeitet, ständig evaluiert und adaptiert werden. Dies erfordert einen aktiv tätigen Beirat (Satzung RK), der regelmäßig die Aktualität und Treffsicherheit der Alarmierungen überprüft.



UMSETZUNG

SOFORTMASSNAHMEN

- Übertragung des Notarztdienstes an die KaGes bzw. Meduni
- Adaptierung der Alarmierungsschemata zwecks Reduktion(= Halbierung) der Notarzt-Anforderungen
- Stärkung der Funktion und Erweiterung der Kompetenzen des Stützpunktleiters (Dienstplangestaltung, Personalhoheit mit optionaler Einbindung von Externisten, Mitbestimmung bei der Ausrüstung, Datenverwaltung, Qualitätssicherung)
- Anpassung des Notarztdienstes als Hybridmodell (Spitalsdienst plus Notarztdienst)
- Kombination mit Ruf-Bereitschaften bei Nicht-Besetzbarkeit mit zeitgleicher Adaptierung der Alarmierungsschemata der Leitstelle
- Ausschöpfung möglicher flexibler Dienstzeitmodelle (Journadienst innovativ, Lang-Dienst)

KURZFRISTIG

- Initialisierung des 3-Stufen-Modells Notarztdienst
- Ad STUFE III:
Übertragung des „überregionalen Notarztstützpunkte“ an die KAGes
- Positionierung an den 7 Leitspitälern
- Institutionalisierung des überregionalen Notarztdienstes mit einer Führungsstruktur
- Ad STUFE II:
Integration der niedergelassenen Ärzt*innen in die Notfallversorgung
- Ausweitung des Visitedienstes (Bereitschaftsdienst; Ordinationsbehandlung) über 24 Stunden
- Differenzierte Alarmierung von Notarzt*ärztin und niedergelassener Ärzteschaft

MITTELFRISTIG

- Aufbau regionaler, ärztlicher Notfallversorgungseinheiten an den 30 Sprengeln (Visitenarzt-lokales Notarztsystem)
- Trennung Krankentransport - Rettungsdienst
- Installation eines ausgestatteten Notfallwagens pro Bezirk mit speziell ausgebildeten Notfallsanitäter*innen(NKV)
- Installation des Tele-Notarztsystems (regionaler Notarzt*ärztin = Telenotarzt*ärztin)
- Flächendeckendes First-Responder-System, Nachbarschaftshilfe
- Übergeordnete*r, unabhängige*r „Ärztliche*r Leiter*in Rettungsdienst“ des Landes



ZUSAMMENFASSUNG

Das vorliegende Konzept der steirischen Notfallversorgung beruht auf den medizinischen Erfordernissen der Notfallpatient*innen und auf den bestehenden steirischen Versorgungsstrukturen. Es erfordert in manchen Bereichen sicher einen Paradigmenwechsel bzw. ein Umdenken auch in der Ärzteschaft, ist aber unserer Ansicht nach der einzig machbare Weg auch in Zukunft für die Notfälle gerüstet zu sein. Das Konzept ist natürlich im Detail noch genauer auszuarbeiten. Etliche Punkte sind aber nur als Ganzes zu betrachten und alleine nicht zielführend (z.B. Hybriddienst ohne Einsatzreduktion).

KONTAKT

Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin

info@agn.at

+43 316 316254-31

www.agn.at

