

Ausschussdrucksache

(22.03.2022)

Inhalt:

Stellungnahme Eigenbetrieb Rettungsdienst
Landkreis Vorpommern-Greifswald

zur Anhörung des Sozialausschusses am 30. März 2022

hier:

Beratung des Antrages der Fraktion der FDP
Digitalisierung als Lebensretter auf dem Land – Ersthelfer schneller alarmieren
- Drucksache 8/251 -

**Stellungnahme des Landkreises Vorpommern-Greifswald,
Eigenbetrieb Rettungsdienst im Rahmen der öffentlichen Anhörung
des Sozialausschusses des Landtag M-V am 30.03.2022**

**zu dem Antrag „Digitalisierung als Lebensretter auf dem Land –
Ersthelfer schnell alarmieren“**

- Drucksache 8/251 -

Projekt „Land|Rettung“

1. *Wie wird das Modellprojekt „Land|Rettung“ aus Vorpommern-Greifswald bewertet? Wie beurteilen Sie das Projekt „Land|Rettung“ mit Blick auf die Sicherung eines flächendeckenden Rettungsdienstes?*

Das Modellprojekt „Land|Rettung“ bestand aus vier Säulen:

1. Laienreanimationsschulung zur Stärkung der Wiederbelebungscompetenz der Allgemeinbevölkerung
2. Einführung einer Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung, um eine hochwertige Wiederbelebung schon vor Eintreffen des Rettungsdienstes zu starten
3. Einführung des Telenotarztes, um unverzüglich notärztliche Expertise verfügbar zu haben und die boden- und luftgebundenen Notärzte zu entlasten
4. Eine bessere Verzahnung zwischen Rettungsdienst und Kassenärztlichen Notdienst, um Synergien zu nutzen

Mit Ausnahme der 4. Säule konnten die Ziele des Projektes erreicht werden:

Die Laienreanimationsschulungen haben zu einem signifikanten Anstieg des Anteils an Wiederbelebungsmaßnahmen die vor Eintreffen des Rettungsdienstes begonnen werden geführt. Hier wurde nicht nur eine kontinuierliche Steigerung der Rate im Projektzeitraum erreicht, sondern es gelang auch von einem Wert unterhalb des Bundesdurchschnitts zu Werten deutlich oberhalb des Durchschnitts zu gelangen.

Die App zur Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung wurde erfolgreich implementiert und über 600 Ersthelfende registriert. Bisher wurden Stand 17.03.2022 von diesen 537 Alarme zu einem (vermuteten) Herz-Kreislauf-Stillstand übernommen. Zudem ist es inzwischen gelungen, die App auch mit dem AED-Register zu verknüpfen und Ersthelfer zusätzlich zu alarmieren, um einen AED zu holen und für eine schnellstmögliche Defibrillation des Patienten zu sorgen.

Der Telenotarzt wurde im Projekt erfolgreich eingeführt, aktuell sind 18 Rettungswagen der Landkreise Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen an das TNA-System angeschlossen. Dieses hat sich zu einem festen Bestandteil der Notfallversorgung entwickelt und führt gleichermaßen zu einer Entlastung des Notarztwesens wie auch zu einer Steigerung der Versorgungsqualität.

Die engere Verzahnung zwischen Kassenärztlichem Notdienst und Rettungsdienst ist be-
dauerlicher Weise im Projekt nicht in der geplanten Art und Weise gelungen, wiewohl die-
sem Aspekt weiterhin insbesondere in ländlichen Regionen eine erhebliche Bedeutung
zukommt.

2. *Welche Säulen des Projekts „Land|Rettung“ haben sich aus welchen Gründen besonders bewährt?*

Siehe Antwort auf Frage 1.

3. *Aufgrund welcher Erkenntnisse ist die Einführung einer Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung in ländlich strukturierten Versorgungsgebieten zur Optimierung der Notfallrettung sinnvoll?*

Es ist wissenschaftlich hinreichend belegt, dass nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand das Überleben und insbesondere das Überleben in neurologisch gutem Zustand von einer Vielzahl von Faktoren abhängt. Zwei dieser Faktoren sind der möglichst frühzeitige Beginn einer qualitativ hochwertigen Herz-Druck-Massage sowie die möglichst frühzeitige Defibrillation. Es gibt dabei keine „Zeitpunktschwelle“, sondern es gilt, je eher diese Maßnahmen ergriffen werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient den Kreislaufstillstand mit neurologisch gutem Zustand überlebt. Dies bedeutet, dass mehr oder weniger unabhängig davon wie schnell der Rettungsdienst vor Ort ist, das Überleben verbessert werden kann, wenn Smartphone-basiert alarmierte Ersthelfer schon zuvor mit der Herz-Druck-Massage begonnen und ggf. eine Defibrillation durchgeführt haben.

Selbstverständlich können auch die beim Notfall ohnehin anwesenden Personen (beispielsweise diejenige Person, die den Notruf gewählt hat) schon mit der Herz-Druck-Massage beginnen und werden hierbei auch durch die Rettungsleitstelle im Rahmen der telefonischen Anleitung zur Reanimation unterstützt. Allerdings ist einerseits nicht immer ein Laie vor Ort, der in der Lage ist die korrekten Maßnahmen zu ergreifen, und andererseits gibt es gute wissenschaftliche Daten die zeigen, dass der Erfolg einer frühen Wiederbelebung größer ist, wenn diese durch einen trainierten Ersthelfer im Vergleich zu einem Laien durchgeführt wird. Insofern stellt die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung ein wesentliches Puzzlestück zur optimalen Versorgung von Personen mit Herz-Kreislauf-Stillstand dar.

Landesweite Einführung

4. Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung sowie den Telenotarzt landesweit einzuführen?

Zunächst einmal ist anzumerken, dass es sich bei diesen beiden hier in einer Frage genannten Systemen um gänzlich eigenständige, voneinander unabhängige Systeme handelt, insofern ist die Frage nur getrennt für beide Systeme zu beantworten. Darüber hinaus kann eine Antwort nur grob orientierend erfolgen, da die Details den Rahmen sprengen würden.

Landesweite Einführung einer Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung

Prinzipiell ist die landesweite Einführung vergleichsweise kostengünstig und mit überschaubarem technischen Aufwand möglich. Allerdings ist zwischen (technischer) Einführung und einem erfolgreichen Betrieb zu unterscheiden:

Die technische Einführung erfordert die Beschaffung einer entsprechenden Software und die Anbindung an die für den Rettungsdienst in den einzelnen Gebietskörperschaften zuständigen Leitstellen. Bei der Beschaffung der Software sollte unbedingt ein „Flickenteppich“ aus verschiedenen Systemen zugunsten einer landesweit einheitlichen Lösung vermieden werden, daher ist in jedem Fall die landesweite Einführung einer einheitlichen Software zu präferieren.

Die Einführung und insbesondere der erfolgreiche Betrieb des Systems ist allerdings weniger von der erfolgten Installation einer Software abhängig (diese ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung). Vielmehr ist für den erfolgreichen Betrieb die Gewinnung, Schulung und kontinuierlichen Betreuung der Ersthelfenden, die sich in der App registrieren, von entscheidender Bedeutung.

Die Erfahrung bei der Einführung der Land|Retter-App im Landkreis Vorpommern-Greifswald hat gezeigt, dass hierfür in jedem Fall ausreichend personelle Ressourcen einzuplanen sind.

Die App selbst ist aus unserer Sicht zwingend durch die leitstellenführenden Gebietskörperschaften zu betreiben. Bzgl. der Gewinnung, Schulung und Bindung der registrierten Ersthelfer lassen sich hingegen voraussichtlich große Synergien durch Zusammenarbeit erzielen. Beim Landkreis Vorpommern Greifswald hat sich die Ersthelferalarmierung etabliert. Die Kosten werden hierbei derzeit vollständig von den Kostenträgern des Rettungsdienstes, auf Grundlage eines Modellprojektes, getragen. Die personellen Ressourcen sind im Eigenbetrieb Rettungsdienst gebunden und übernehmen die vorgenannten Aufgaben, wie die technische Betreuung, die Öffentlichkeitsarbeit, die Anwerbung und die Schulungen der Ersthelfer.

Sofern andere Gebietskörperschaften diese organisatorische Aufgabe nicht selbst übernehmen, könnte beispielsweise der Verein „Land|Rettung M-V e.V.“ hier möglicherweise

eine Unterstützung bieten. Ähnlich wie der in NRW aktive Verein „Mobile Retter e.V.“ könnten ggf. bei der Gewinnung, Schulung und Bindung der registrierten Ersthelfer unterstützen. Anschließend könnte der Verein als überregionaler „Dienstleister“ von den Gebietskörperschaften beauftragt werden, um die eigenen Strukturen zu entlasten, Aufgaben zu bündeln und landesweit einheitliche Werbemaßnahmen, Schulungen, Fortbildungen etc. für die registrierten Ersthelfer zu organisieren und durchzuführen. Hierbei kann der Eigenbetrieb Rettungsdienst mit seiner jahrelangen Expertise und dem Knowhow Unterstützung geben. Auch Kooperationen mit den Hilfsorganisationen, wie DRK, ASB oder Johanniter sind in dieser Hinsicht denkbar, da diese in der Erste-Hilfe-Ausbildung aktiv sind und bereits bestehende Strukturen aufweisen.

Landesweite Einführung des Telenotarztes

Die landesweite Einführung eines Telenotarztsystems erfordert die Vergabe der technischen Dienstleistung (entsprechende Ausrüstung der an das System angeschlossenen Rettungswagen, IT-Infrastruktur, Telenotarzarbeitsplatz), die Schulung des rettungsdienstlichen Personals sowie die Gewinnung und Schulung geeigneter Telenotärzte.

Die Telenotarztzentrale in Vorpommern-Greifswald, besetzt mit einem Telenotarzt im 24/7-Betrieb, betreut derzeit 18 angeschlossene Rettungswagen. Aus der aktuellen Auslastung des Arbeitsplatzes, aber auch aus Erfahrungen des größten deutschen TNA-Arbeitsplatzes in Aachen heraus, lässt sich festhalten das wesentlich mehr Fahrzeug angeschlossen werden könnten. Insofern ist eine überregionale Bündelung zur effizienten Gestaltung des TNA-Dienstes aus unserer Sicht anzustreben. Dies gilt auch für den Fall, dass ein einziger Arbeitsplatz das Einsatzaufkommen durch den Anschluss sehr vieler Rettungswagen nicht mehr bewältigen kann und ein zweiter Platz benötigt wird: Unsere Auswertungen zeigen, dass das Einsatzaufkommen Tageszeitabhängig ist und insbesondere nachts deutlich absinkt. Es wäre also aus ökonomischen Aspekten heraus sinnvoll, weitere Telenotarzarbeitsplätze am gleichen Standort bedarfsorientiert nur zu bestimmten Tageszeiten mit Einsatzhäufungen zu besetzen, anstatt unmittelbar einen zweiten Platz 24/7 an einem weiteren Standort in Betrieb zu nehmen.

5. *Inwieweit stellt ein App-basiertes Ersthelferalarmierungssystem eine sinnvolle Ergänzung im Gesundheitswesen dar? Welche weiteren Verbesserungen im Gesundheitswesen bedarf es?*

Die erste Teilfrage wurde im Wesentlichen schon unter Frage 3 beantwortet. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Smartphone-basierte Ersthelferalarmierungssystem geeignet ist, bei Patienten im Herz-Kreislauf-Stillstand dafür zu sorgen, dass im Mittel schneller mit der Herz-Druck-Massage begonnen wird und eine Defibrillation – bei ausreichender Verfügbarkeit öffentlicher AED – schneller durchgeführt werden kann. Beide Aspekte tragen dazu bei, das Überleben nach Herz-Kreislauf-Stillstand zu verbessern.

Die zweite Teilfrage ist äußerst global gestellt und hier nicht sinnvoll zu beantworten. Selbst wenn diese Frage nur auf den Rettungsdienst / die präklinische Notfallmedizin bezogen sein sollte, ist es eine sehr weitreichende Frage, die wir hier nur in einigen Stichpunkten, die als Anregung dienen mögen, beantworten möchten. Gerne führen wir die einzelnen Aspekte bei Bedarf weiter aus:

- Gute Qualifikation der Disponenten in den Leitstellen, um zielgerichtet die richtige Rettungsdienstliche Ressource einzusetzen. Langfristig Schaffung eines eigenen Berufsbildes.
- Bereitstellung optimaler technischer Voraussetzungen für eine möglichst differenzierte Dispositionsentscheidung, z. B. regelmäßig professionell evaluierte Notruf-Abfrageprotokolle, niederschwellige Möglichkeit zur Videotelefonie, Ortungssysteme, etc.
- Differenziertere Betrachtung der Dispositionszeiten und Einführung entsprechender Messinstrumente. Es besteht derzeit ein gravierender Zielkonflikt zwischen schneller und passgenauer Disposition von Rettungsmitteln. Während bei hochkritischen Situationen (Kreislaufstillstand, Polytrauma, etc.) eine schnellstmögliche Alarmierung im Sinne eines Rapid Dispatch erforderlich ist, sollte in anderen Situationen der Fokus auf der möglichst exakten Disposition, u.a. hinsichtlich der Frage ob ein Notarzt erforderlich ist oder nicht, erfolgen. Hierzu bedarf es einer bisher nicht vorgesehenen differenzierten Betrachtung der Dispositionszeiten mit entsprechend zwischen „Rapid-Dispatch“-Fällen und allen anderen Fällen unterschiedlichen Zielparametern / Vorgaben.
- Disposition des Kassenärztlichen Notdienstes über die integrierten Leitstellen des Rettungsdienstes. Studien zeigen sehr deutlich, dass es dem Bürger nicht zuverlässig gelingt, die korrekte medizinische Ressource auszuwählen. Daher ist eine zentrale Nummer erforderlich, bei der ein erfahrener Disponent anhand einer strukturierten Abfrage die Entscheidung trifft, wo könnte der Bürger durch ärztliche Expertise in der Leitstelle unterstützt werden.
- Schaffung einer (nichtärztlichen) Ressource ohne Transportauftrag im Sinne des Gemeinde-Notfallsanitäters zur Kompensation der in dünn besiedelten Regionen teils durch Wegzug geschwächten familiären Netze & nicht-Verfügbarkeit einer Hausärztlichen Versorgung vor Ort. Der Einsatz des Rettungsdienstes (und folgender Transport in eine Notaufnahme) ist eine Ressourcen-Fehlnutzung mangels Alternativen für Anrufer mit medizinischen Hilfeersuchen, die nicht akut aber gleichwohl relevant sind.
- Vollständige Nutzung der Möglichkeiten des Notfallsanitäter-Gesetzes unter unterstützender Einbindung der Telemedizin. Um eine hohe Versorgungsqualität zu erzielen ist hierzu eine sehr intensive, praxisnahe regelmäßige Schulung der Mitarbeitenden ebenso essentiell wie eine regelmäßige Supervision im Einsatzalltag.
- Schaffung einer strukturierten Vor-Ort-Supervision im Einsatz für ärztliches und nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal (in Anlehnung an das Wiener „Field Supervisor“-Modell).

- Zielgerichteter Einsatz der zunehmend knappen Ressource „Notarzt“ für kritische / lebensbedrohliche Erkrankte oder verletzte Patienten; voraussichtlich wären dann in vielen Regionen weniger Notärzte erforderlich, die angesichts des medizinischen Fortschritts intensiver qualifiziert sein sollten als derzeit vielerorts anzutreffen.
- Sicherstellung, dass auch bei weniger verfügbaren Notärzten jederzeit die notärztliche Hilfsfrist erfüllt werden kann. Hierzu ist langfristig ein Ausbau der Luftrettung inkl. der Schaffung der (gesetzlichen) Voraussetzungen für einen Sichtunabhängigen Flug („Instrumentenflug“) in der Primärrettung erforderlich. Ohne diesen sind die Wetter- / Sichtbedingten Ausfallzeiten zu groß, um Regionen zuverlässig ausschließlich per Luftrettung notärztlich im Rahmen der Hilfsfrist zu versorgen.
- Etablierung eines landesweiten, einheitlichen Qualitätsmanagement-Systems für den Rettungsdienst, welches neben Struktur- und Prozess- vor allem auch die Ergebnisqualität der Versorgung in den Fokus rückt.

6. *Welche Zeitschiene zum Ausbau von Digitalisierung und Telemedizin im Gesundheitswesen scheint vor dem Hintergrund des weiteren Ausbaus digitaler Infrastruktur im Land realistisch?*

Im allergrößten Flächenanteil unserer Einsatzregion ist der teils noch nicht vollständig erfolgte Ausbau der digitalen Infrastruktur kein Hinderungsgrund für Digitalisierung und Telemedizin im Rettungsdienst. Die derzeit verfügbare Netzabdeckung ist hier nur in Einzelfällen nicht ausreichend. Insofern ist die in der Frage unterstellte zeitliche Verknüpfung zwischen Ausbau der Infrastruktur und dem Ausbau der Telemedizin in dieser Form nicht gegeben. Die Zeitschiene des Ausbaus von Telemedizin im Rettungsdienst ist im Wesentlichen unabhängig von der Zeitschiene des Ausbaus der digitalen Infrastruktur.

7. *Über welche bestehenden Strukturen des Rettungswesens in Mecklenburg-Vorpommern sollte die Koordinierung des Einsatzes von Ersthelfern über die Ersthelfer-App regional und überregional erfolgen?*

Die Antwort auf diese Frage hängt davon ab, was mit „Koordinierung“ gemeint ist. Die Alarmierung muss durch die jeweilige Leitstelle in der Region des Einsatzes automatisiert erfolgen, der Betrieb der hierfür notwendigen Software sollte durch die leitstellenführende Gebietskörperschaft erfolgen.

Bzgl. der Anwerbung, Schulung und Betreuung der registrierten Ersthelfer besteht großes Potential zur Nutzung von Synergie-Effekten. Eine zentrale Rolle als Gebietskörperschaften-übergreifende Instanz könnten Organisationen, wie beispielsweise dem Verein Land|Rettung M-V e.V. zukommen, siehe Antwort auf Frage 4.

8. *Was sollte bei der Umsetzung der Digitalisierung und der Telemedizin im Gesundheitswesen beachtet bzw. bedacht werden?*

Es ist aus unserer Sicht stets zu prüfen, ob Vorteile durch Zentralisierung (Synergien, Kostenersparnis, Qualitätsverbesserung) oder durch dezentrale Gestaltung (besser individualisierbar, kleinere unabhängige Einheiten) zu erwarten sind. Entscheidungen hierzu sollten unvoreingenommen auf Basis entsprechender Daten erfolgen und nicht von Einzelmeinungen geprägt sein. Nach unserer Beurteilung der derzeit vorliegenden Publikationen und eigenen Erfahrungen bestehen oft insbesondere mit langfristiger Perspektive Vorteile durch eine einheitliche zentralisierte Umsetzung.

Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass die Einführung neuer Technologien ein wirkungsvolles Werkzeug, aber keine autarke Problemlösung darstellt. Oft sind für die Schulung und Weiterbildung der Anwender sowie ein optimales Qualitätsmanagement größere Anstrengungen zu unternehmen als für die reine Einführung der Technologie. Im englischsprachigen trifft das geflügelte Wort „A fool with a tool is still a fool“ diesen Aspekt sehr genau.

9. *Welche grundlegende Qualifikation müssen Ersthelfer nachweisen, die in die Ersthelfer-App aufgenommen werden wollen?*

Hinsichtlich der erforderlichen Grundqualifikation liegt wissenschaftlich derzeit noch kein Konsens vor. Eine möglichst niedrige bzw. keine Grundqualifikation erhöht die Anzahl an (potentiellen) Helfern die sich registrieren können, eine höhere Grundqualifikation führt zu einer höheren Qualität der von den Helfern durchgeführten Herz-Druck-Massage. Da beide Aspekte Einfluss auf das Überleben haben, liegt ein Zielkonflikt vor zwischen „möglichst viele Ersthelfer“ und „möglichst gute Ersthelfer“, der wissenschaftlich noch nicht beantwortet ist.

Alle registrierten Ersthelfer erhalten eine Schulung, um auf den Ablauf, die Benutzung der App, rechtliche (auch versicherungs-rechtliche) Rahmenbedingungen, Datenschutz, etc. hingewiesen zu werden. Es wird sich davon überzeugt, dass die Ersthelfer die Wiederbelebungsmaßnahmen entsprechend ihrer Belegqualifikation beherrschen. Für Ersthelfer mit wenig Erfahrungen werden Wiederholungsschulungen angeboten. Diesen Weg haben wir bisher verfolgt und somit alle Berufs- / Qualifikationsgruppen als Helfer akzeptiert, für die eine der beiden Voraussetzungen zutrifft. Dies betrifft unter anderem Pflege-, Rettungsdienstliches-, ärztliches Personal, Ersthelfer im Betrieb / Sport, Einsatzersthelfer der Bundeswehr, Mitglieder der Feuerwehr, etc.

Eine denkbare Alternative zu einer derartigen Mindestanforderung wäre, das System darüber hinaus auch für weitere Personen zu öffnen, allerdings zeitgleich sicherzustellen, dass diese Personen dann durch die Betreiber regelmäßig (vorzugsweise jährlich) qualifiziert in Wiederbelebungsmaßnahmen geschult werden. Dieser Weg wäre vermutlich ein

anzustrebender guter Weg zur Lösung des vorbeschriebenen Zielkonflikts, da er die Helferanzahl im Vergleich zur ausschließlichen Berücksichtigung bereits vorab unabhängig vom System geschulter Helfer erhöhen würde. Gleichzeitig wäre sichergestellt, niemanden als Helfer zu schicken, der keinerlei Erfahrung / Übung in Wiederbelebungsmaßnahmen hat.

Die Berücksichtigung vollständig ungeschulter Helfer / nur einmalig z. B. im Rahmen des Führerscheinerwerbs geschulter Helfer halten wir hingegen im Sinne des Systems für nicht zielführend.

10. Ist die Einführung im gesamten Land M-V sinnvoll oder nur in ländlich strukturierten Versorgungsgebieten und warum?

Die Einführung ist einheitlich im gesamten Land sinnvoll; dies ist aus mehreren Gründen der Fall:

- Es gibt solide wissenschaftliche Evidenz, dass auch wenn der professionelle Rettungsdienst in kurzer Zeit (5-8 Minuten) am Patienten eintrifft, die Überlebenschance eines Herz-Kreislauf-Stillstands höher ist, wenn zuvor schon jemand mit der Herz-Druck-Massage begonnen hat.
- In dichter besiedelten Gebieten ist nach unseren Auswertungen die Dichte an Ersthelfern wesentlich höher als in dünn besiedelten Regionen, sodass die Eintreffzeit der Ersthelfer hier ebenfalls wesentlich kürzer ist und somit auch bei schneller Eintrittszeit des Rettungsdienstes dennoch ein Zeitvorteil generiert werden kann.
- Der Übergang zwischen „ländlich strukturiert“ und dichter besiedelten Gebieten ist fließend und es gibt keine Evidenz eine „Trennlinie“ einzuziehen.
- Auch in dicht besiedelten Räumen kann die Eintreffzeit des Rettungsdienstes in Einzelfällen (hohes Einsatzaufkommen, Einsatzort weit vom Standort aller Rettungsmittel entfernt, schwierige Erreichbarkeit (langer Fußweg, etc.), widrige Witterungsbedingungen (Glätteis), etc.) erheblich verlängert sein und die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung eine umso größere Bedeutung für die Betroffenen haben.
- Eine Trennung zwischen Regionen mit und ohne das System wäre nicht von großer Logik geprägt, da der Aufenthaltsort der registrierten Ersthelfer nicht statisch ist und diese z.B. sich tagsüber im städtischen Bereich aufhalten aufgrund ihres Arbeitsplatzes und in ihrer Freizeit im ländlichen Gebiet – oder anders herum.
- Es ist schwer zu vermitteln, warum in „Grenzgebieten“ zwischen den Regionen mit und ohne Ersthelferalarmierung wenige hundert Meter Unterschied im Aufenthaltsort über die Versorgungsqualität entscheiden.

11. Wie schätzen Sie die Gewinnung von Ersthelfern ein?

Die Gewinnung und Betreuung der Ersthelfer ist aus unserer Sicht überall möglich, allerdings ist unsere Erfahrung, dass die Ersthelfer aktiv gewonnen werden müssen und nicht „von selbst“ auf das System und ihren eigenen wertvollen Beitrag aufmerksam werden. Für die Gewinnung ausreichend vieler Ersthelfenden müssen somit Bemühungen unternommen werden (Pressearbeit, Werbung wie z.B. Plakate, Auslegen von Flyern, Infoveranstaltungen, direkte Ansprache der Mitarbeitenden in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Stände auf Großveranstaltungen, Kooperation mit Hilfsorganisationen und Feuerwehren, etc.) und die hierfür erforderlichen Ressourcen (Personal- und Sachkosten) eingeplant werden.

12. Ist es vorstellbar, die Ersthelfer in die Hilfsfrist einzubeziehen?

Es wäre prinzipiell vorstellbar, ist aber aus unsere Sicht nicht sinnvoll / sachgemäß. Insbesondere zwei Gründe sprechen wesentlich gegen diesen Ansatz:

- Die gesetzliche Hilfsfrist gilt für alle zeitkritischen Notfälle. Die von den Ersthelfenden versorgten Herz-Kreislauf-Stillstände stellen nur einen sehr kleinen Teil – obgleich den am meisten zeitkritischen – der Gesamtheit der Notfalleinsätze dar.
In der Planung der verfügbaren Rettungsmittel und –standorte muss zum Erreichen der Hilfsfrist die Gesamtheit der Einsätze betrachtet werden, um eine ausreichend schnelles Eintreffen des Rettungsdienstes zu gewährleisten. Es wäre nicht korrekt auf einen kleinen Teil der Einsätze abzielen und durch die Berücksichtigung der Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung in der Rettungsmittel- und Standortplanung wesentliche Verschlechterung für andere zeitkritische Notfälle (Polytrauma, Herzinfarkt, Schlaganfall, etc.) zu erzielen.
- Auch wenn nur die Herz-Kreislauf-Stillstände in den Blick genommen werden, ist eine Einbeziehung der Smartphone-basiert alarmierten Ersthelfer medizinisch nicht sachgerecht: Die Ersthelfer führen eine „Basisreanimation“ ohne weitere Hilfsmittel durch. Diese ist eine potentiell lebensrettende Maßnahme, jedoch im Großteil der Fälle als lebensrettende *Überbrückung* bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu verstehen. Meist kann der Kreislauf-Stillstand erst durch eine Defibrillation, die Gabe von Medikamenten, den Einsatz von Sauerstoff, einer professionellen Beatmung, etc. erfolgreich behandelt werden. Auch für all diese Maßnahmen, die regelhaft nicht durch einen Ersthelfer erfolgen, gibt es einen Zusammenhang zwischen frühem Zeitpunkt der Durchführung und Überleben des Betroffenen.

Insofern ist die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung eine im Einzelfall lebensrettende Ergänzung des professionellen Rettungsdienstes, kann diesen aber keinesfalls und auch nicht bzgl. der gesetzlichen Hilfsfrist, adäquat ersetzen. Der Erfolg stellt sich ein durch

das Zusammenspiel aller jeweils so schnell wie möglich eintreffenden Teile der Rettungskette.

13. *Liegen Ihnen Erkenntnisse zur Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung oder zum Telenotarzt aus anderen Bundesländern vor und wenn ja, welche Schlüsse können Sie daraus für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ziehen?*

Wir stehen in gutem Austausch mit anderen Regionen, die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung sowie Telemedizin im Rettungsdienst betreiben. Die Erkenntnisgewinne aus diesem regelmäßigen Austausch und der wissenschaftlichen Publikationen anderer Regionen fließen in die Einführung und kontinuierliche Weiterentwicklung unseres Systems ein und sind insofern auch Teil der vorherigen Antworten.

Rechtliche Einordnung und Datenschutz

14. *In welcher Form und welche datenrechtlichen Richtlinien werden bei der Registrierung von Ersthelfern für die Ersthelfer-App zu gewährleisten sein?*

In unserem System sind einerseits innerhalb der App Hinweise zum Datenschutz hinterlegt, diese müssen im Rahmen der Registrierung aktiv akzeptiert werden. Darüber hinaus werden unsere Ersthelfer im Rahmen der Schulung hinsichtlich Datenschutz mündlich und schriftlich informiert und unterzeichnen ein entsprechendes Dokument.

15. *Gibt es rechtliche oder praktische Bedenken gegen eine solche App?*

Nach unserer Abwägung überwiegen die Vorteile der Einführung einer solchen App bei weitem mögliche praktische Bedenken, daher haben wir uns sowohl für die Einführung im Rahmen des Projektes als auch für die Verstetigung über das Projektende hinaus entschlossen. Aus der bisherigen Einsatzzeit (seit 2017) sind keine rechtlichen oder praktischen Bedenken mit realen Konsequenzen bezüglich einer weiteren Nutzung und unserer Empfehlung zur landesweiten Ausweitung des Systems erwachsen.

16. *Entsteht aus der Registrierung als Ersthelfer in der Ersthelfer-App in der Folge eine rechtlich unabdingbare Verpflichtung bei Anfrage unverzüglich helfen zu müssen?*

Diese juristische Frage sollte durch entsprechend versierte Juristen beantwortet werden. Prinzipiell ist die Pflicht zur Hilfeleistung wie allgemein als bekannt vorausgesetzt werden kann in §323c StGB gesetzlich verankert. Der Paragraph legt jedoch einschränkend fest, dass die Pflicht nur insofern gilt, als dass die Hilfe „den Umständen nach zuzumuten, insbes. ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist“.

Es kann nach unserer (nicht juristischen!) Einschätzung davon ausgegangen werden, dass z. B. einem Ersthelfer der zum Alarmierungszeitpunkt kleine Kinder betreut und somit nicht „ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten“ Hilfe leisten könnte, keine unabdingbare Verpflichtung aus der Alarmierung erwächst. Für diesen Zweck bietet die von uns genutzte Software die Möglichkeit, einen Alarm nicht anzunehmen. Es wird nicht dokumentiert, welche Helfer alarmiert wurden aber einen Alarm nicht angenommen haben.