

Ausschussdrucksache

(23.03.2022)

Inhalt:

unaufgeforderte Stellungnahme
Landesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst M-V
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 -

Sozialausschuss des Landtages
Frau Vorsitzende Katy Hoffmeister
per E-Mail: sozialausschuss@landtag-mv.de

21.3.2022

Betreff: Anhörung „Digitalisierung als Lebensretter auf dem Land – Ersthelfer schneller alarmieren“

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren,

der Landesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst M-V (nachfolgend LV ÄLRD genannt) ist der Zusammenschluss von allen Ärztlichen Leitern und Leiterinnen Rettungsdienst (nachfolgend ÄLRD genannt) des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die nach den Richtlinien der Bundesärztekammer qualifiziert und von einem Träger des Rettungsdienstes in MV bestellt worden sind. Die Aufgaben von ÄLRD sind im Rettungsdienstgesetz M-V §10 (2) und in der Rettungsdienstplanverordnung M-V §4 verankert. Unter anderem beraten ÄLRD die Rettungsdienstträger in medizinischen und medizinorganisatorischen Angelegenheiten. Die ÄLRD arbeiten eng mit den Krankenhäusern und den ergänzenden Strukturen des Rettungsdienstes, insbesondere der Voraus-Hilfe (organisierte Ersthelferstrukturen) zusammen. In den Rettungsleitstellen sind ÄLRD für die fachliche Anleitung, Kontrolle, Dokumentation und medizinische Koordination zuständig.

Der Antrag der Fraktion der FDP „Digitalisierung als Lebensretter auf dem Land – Ersthelfer schneller alarmieren“ berührt thematisch unseren Zuständigkeitsbereich. Deshalb möchten wir nachfolgend unsere Fachexpertise zum Fragenkatalog zur Anhörung des Sozialausschusses am 30. März 2022 abgeben.

Sehr gerne sind wir auch bereit, in weiteren Anhörungen zu diesem Thema unsere Fachexpertise persönlich vorzutragen.

Bei Rückfragen erreichen Sie mich gern unter den genannten Kontaktdaten.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

Dr. med. Patricia Bunke
Vorsitzendes LV ÄLRD

Fragen:

Projekt „LandRettung“

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

Das Projekt „Land | Rettung“ bestand aus 4 Säulen:

1. Stärkung der Wiederbelebungscompetenz der Allgemeinbevölkerung durch Laienreanimationsschulung
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. Verbesserung der Verzahnung zwischen Rettungsdienst und Kassenärztlichem Notdienst, um Synergien zu nutzen

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

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

Die App zur Smartphone-Basierten Ersthelferalarmierung wurde erfolgreich implementiert. Es wurden über 600 Ersthelfende registriert. Bisher wurden von diesen Ersthelfern zahlreiche Alarmer 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 System angeschlossen. Er 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 im Projekt nicht in der geplanten Art und Weise gelungen. Diesem Aspekt kommt weiterhin insbesondere in ländlichen Regionen eine erhebliche Bedeutung zu.

2. Welche Säulen des Projekts „LandRettung“ haben sich aus welchen Gründen besonders bewährt?

Hier verweisen wir auf unsere Antwort zu 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 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. Dabei gibt es keinen zeitlichen Schwellenwert. Bekannt ist, dass Gehirnzellen bereits nach 3-5min ohne Sauerstoffversorgung absterben und nicht mehr regenerationsfähig sind. Deshalb gilt, je eher bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand mit Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen wird, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient den Kreislaufstillstand mit neurologisch gutem Zustand überlebt. Dies bedeutet, dass unabhängig davon wie schnell der Rettungsdienst vor Ort ist, das Überleben verbessert werden kann, wenn Smartphone-basierte alarmierte Ersthelfer schon vorher mit der Herz-Druck-Massage begonnen und ggf. eine Defibrillation durchgeführt haben.

Noch besser ist es, wenn die Augenzeugen des Notfalls (beispielsweise diejenige Person, die den Notruf gewählt hat) schon mit der Herz-Druck-Massage beginnen. Hierbei werden sie durch die Rettungsleitstelle im Rahmen der telefonischen Anleitung zur Reanimation unterstützt. Allerdings ist nicht immer ein Laie vor Ort, der in der Lage ist die korrekten Maßnahmen zu ergreifen. Auch 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 einen wesentlichen Baustein 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?

Bei diesen beiden genannten Systemen handelt es sich um gänzlich eigenständige, voneinander unabhängige Systeme. 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 eine landesweit einheitliche Lösung angestrebt werden.

Neben dieser technischen Voraussetzung sind für den erfolgreichen Betrieb die Gewinnung, Schulung und kontinuierliche Betreuung von Ersthelfenden, die sich in der App registrieren, von entscheidender Bedeutung.

Die Erfahrung aus dem Land | Retter-Projekt hat gezeigt, dass hierfür ausreichend personelle Ressourcen einzuplanen sind.

Die App selbst ist aus unserer Sicht zwingend durch die leitstellenführenden Gebietskörperschaften zu betreiben. Bei der Gewinnung, Schulung und Bindung der registrierten Ersthelfer lassen sich hingegen voraussichtlich große Synergien durch Zusammenarbeit erzielen. Sofern einzelne Gebietskörperschaften diese organisatorische Aufgabe nicht selbst übernehmen wollen, könnte der Verein „LandRettung M-V e.V.“ hier möglicherweise eine große Unterstützung bieten. Ähnlich wie der in NRW aktive Verein „Mobile Retter e.V.“ könnten ggf. sämtliche Aufgaben rund um die Gewinnung, Schulung und Bindung der registrierten Ersthelfer durch den Verein übernommen werden. Die hierfür entstehenden Kosten müssten durch die einzelnen Gebietskörperschaften übernommen werden. Der Verein könnte als überregionaler „Dienstleister“ von den Gebietskörperschaften zur Entlastung eigener Strukturen beauftragt werden, Aufgaben zu bündeln und landesweit einheitliche Werbemaßnahmen, Schulungen, Fortbildungen etc. für die registrierten Ersthelfer zu organisieren und durchzuführen.

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, Telenotarztarbeitsplatz), 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 Telenotarzt-Arbeitsplatzes in Aachen heraus, lässt sich festhalten das wesentlich mehr Fahrzeug angeschlossen werden könnten. Insofern ist eine überregionale Bündelung zur effizienten Gestaltung des Telenotarzt-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: Die Auswertungen aus Vorpommern-Greifswald zeigen, dass das Einsatzaufkommen Tageszeitabhängig ist und insbesondere nachts deutlich absinkt. Es wäre also aus ökonomischen Aspekten heraus sinnvoll, weitere Telenotarztarbeitsplätze 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 sehr umfassend und hier nicht abschließend zu beantworten. Für den Rettungsdienst / die präklinische Notfallmedizin lassen sich stichpunktartig einige Anregungen aufzählen. 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 erfolgen, u.a. hinsichtlich der Frage ob ein Notarzt erforderlich ist oder nicht. Hierzu bedarf es einer bisher nicht vorgesehenen differenzierten Betrachtung der Dispositionszeiten mit unterschiedlichen Zielparametern / Vorgaben für „Rapid-Dispatch“-Fälle und alle anderen Fälle.
- 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, welche medizinische Ressource benötigt wird. Wenn nötig, könnte er 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 und fehlenden Verfügbarkeit einer Hausärztlichen Versorgung vor Ort. Der Einsatz des Rettungsdienstes (und folgender Transport in eine Notaufnahme) ist eine Ressourcen-Fehlnutzung mangels Alternativen für Anrufende 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 Mitarbeiter 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 größten Flächenanteil unseres Einsatzgebietes 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 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. Anwerbung, Schulung und Betreuung der registrierten Ersthelfer besteht großes Potential zur Nutzung von Synergie-Effekten. Eine zentrale Rolle als Gebietskörperschaften-übergreifende Instanz könnte 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 sollte bei allen Neuerungen geprüft werden, 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 Beurteilung von 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 für ein optimales Qualitätsmanagement größere Anstrengungen zu unternehmen als für die reine Einführung der Technologie. Alle

Umsetzungen der Digitalisierung und der Telemedizin im Gesundheitswesen sollten von entsprechender Fachexpertise begleitet werden.

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 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.

Wir halten es für geboten, dass alle registrierten Ersthelfer

1. eine kurze Schulung durchlaufen, um auf den Ablauf, die Benutzung der App, rechtliche (auch versicherungs-rechtliche) Rahmenbedingungen, Datenschutz, etc. hingewiesen zu werden.
2. regelmäßig qualifiziert in Wiederbelebungsmaßnahmen geschult werden.

Dies kann entweder erfolgen, in dem nur Ersthelfer berücksichtigt werden mit einer gewissen medizinischen Grundqualifikation und Erfahrung in Wiederbelebung oder Ersthelfer, die im Rahmen ihrer Grundqualifikation regelmäßig geschult werden. Dieser Weg wurde bisher im Land | Retter-Projekt verfolgt, wo alle Berufs- / Qualifikationsgruppen als Helfer akzeptiert wurden, 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 abzuweisen, der keinerlei Erfahrung / Übung in Wiederbelebungsmaßnahmen hat.

Die Berücksichtigung vollständig ungeschulter Helfer oder 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. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Es gibt solide wissenschaftliche Evidenz, dass auch wenn der professionelle Rettungsdienst in kurzer Zeit (5-8 Minuten) am Patienten eintrifft, die Überlebenschancen 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 Eintreffzeit 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 (Glatteis), 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 Sicht des LV ÄLRD überall möglich. Die Erfahrung aus Vorpommern-Greifswald zeigt, dass 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?

Die Hilfsfrist umfasst laut Rettungsdienstgesetz MV §8 den Zeitraum von der Alarmierung eines Rettungsmittels durch die Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen am Notfallort. Ersthelfer sind kein adäquates Rettungsmittel für jede Art von medizinischen Notfällen, da sie nur bei Notfällen mit Herz-Kreislauf-Stillstand durch zügigen Beginn der Herzdruckmassage sinnvoll helfen können. Diese Einsätze machen nur einen geringen Teil aller Rettungsdiensteinsätze aus. Außerdem führen die Ersthelfer 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.

In der Planung der verfügbaren Rettungsmittel und –Standorte muss zum Erreichen der Hilfsfrist die Gesamtheit der Einsätze betrachtet werden, um ein 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 Hilfsfrist in der Rettungsmittel- und Standortplanung wesentliche Verschlechterung für andere zeitkritische Notfälle (Polytrauma, Herzinfarkt, Schlaganfall, etc.) zu erzielen.

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?

Es gibt zahlreiche Daten aus anderen Ländern und Bundesländern, die den Nutzen der Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung und des Telenotarztes belegen. Die Verantwortlichen des Land | Retter-Projektes stehen in gutem Austausch mit diesen 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 des Systems ein.

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 System der Land | Retter sind einerseits innerhalb der App Hinweise zum Datenschutz hinterlegt, diese müssen im Rahmen der Registrierung aktiv akzeptiert werden. Darüber hinaus werden die 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?

Die Vorteile der Einführung einer solchen App überwiegen bei weitem mögliche praktische Bedenken, daher haben wir sich die Kollegen aus Vorpommern-Greifswald 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 der 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 Juristen beantwortet werden. Prinzipiell ist die Pflicht zur Hilfeleistung in §323c StGB gesetzlich verankert. Der Paragraph legt jedoch einschränkend

fest, dass die Pflicht nur insofern gilt, wenn die Hilfe „den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist“.

Es kann aus Sicht des LV ÄLRD 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 im Land | Retter-Projekt genutzte Software die Möglichkeit, einen Alarm nicht anzunehmen. Es wird nicht dokumentiert, welche Helfer alarmiert wurden, aber einen Alarm nicht angenommen haben.