



**Abb. 1:** Disposition eines Notfalleinsatzes: Die Einsatzstelle wird für ein zeitnahes Eintreffen mit der Position der verfügbaren Rettungsmittel abgeglichen.

## Alarmierung im Status 8: Notwendig oder zu vermeiden?

Autorin und Autoren:

**Stephanie Dautzenberg**  
Notfallsanitäterin und  
Lehrkraft in der rettungs-  
dienstlichen Ausbildung  
stephanie.dautzenberg@  
malteser.org

**Jan Sahlmann, B. Sc.**  
Abteilungsleitung Einsatz-  
disposition, Kooperative  
Regionalleitstelle West  
j.sahlmann@krls-west.de

**DGKP Lukas Lanthaler**  
Stv. Ltd. Ambulanzpfleger,  
Landeskrankenhaus  
Innsbruck, Ambulanzen  
für Orthopädie und  
Traumatologie

**DGKP Sebastian Tschaikner**  
Stv. Ltd. Ambulanzpfleger,  
Landeskrankenhaus  
Innsbruck, Notfall-  
ambulanz der Inneren  
Medizin

**Lukas Schatz, BScN, M. Sc.**  
Landeskrankenhaus  
Innsbruck, Stabsstelle  
Patientensicherheit,  
Qualitäts- und  
Projektmanagement  
lukas.schatz@  
tirol-kliniken.at

**Dr. Florian Dax**  
Redaktion  
BOS-LEITSTELLE AKTUELL

Seit der bundesweiten Harmonisierung der Statuswerte zur Implementierung des Digitalfunks zeigt jedes Hilfeersuchen in Deutschland, das durch den Rettungsdienst bearbeitet wird, eine nahezu identische Statusreihenfolge. Sofern ein Patiententransport in eine Behandlungseinrichtung notwendig ist, steht am Zielort regelhaft der Status 8 auf dem Display des Funkhörers. Die Zeit, in dem ein Rettungsmittel sich in diesem Status befindet, hängt von vielen Faktoren ab. Da diese Faktoren für die BOS-Leitstellen nicht fallbezogen bekannt sind, ist es oftmals nicht nachvollziehbar, nach welcher Zeit eine Alarmierung zu einem Folgeeinsatz möglich ist. Wird eine Alarmierung durch die Leitstelle ausgelöst und das Rettungsmittel ist noch nicht dafür bereit, da z. B. der Patient noch auf der Trage liegt, löst diese Alarmierung Stress und Mehrarbeit bei allen Beteiligten aus. Aber wer ist alles beteiligt? Was spricht für und gegen eine Alarmierung im Status 8? Gibt es einen Mittelweg? In diesem Beitrag wird sich mit genau diesem Problem auseinandergesetzt und unterschiedliche Perspektiven aus verschiedenen Regionen beispielhaft aufgezeigt.

Bevor man sich dem Thema nähert, muss man sich bewusst sein, dass es sehr wahrscheinlich in keinem Rettungsdienst-/Leitstellenbereich eine für alle Situationen passende Lösung geben wird. Selbst wenn sich eine Leitstelle zur konsequenten Alarmierung aus Status 8 entschließt, muss sie unter Umständen bedenken, dass die Klinikstrukturen eine unterschiedlich lange Übergabezeit erfordern. So ist es z. B. bei Kliniken, die sich über mehrere Häuser verteilen, nicht unüblich, dass zwar die Patientenerfassung an der Notaufnahme erfolgt, dann aber der

innerklinische Patientenweitertransport auf die entsprechende Fachabteilung noch durch den Rettungsdienst durchgeführt wird. Ob solche Verfahrensweisen korrekt und im Sinne des Gesamtsystems sind, muss örtlich bewertet werden und wird in diesem Artikel nicht beurteilt. Ferner fokussiert sich dieser Artikel stark auf die Übergabe in einer klinischen Einrichtung (Krankenhaus) und nicht auf Übergaben in ambulanten Behandlungseinrichtungen mit entsprechend anderen Übergabevoraussetzungen. Auch aus diesen Gründen kann eine Regelmäßigkeit

nur schwer formuliert werden. Dennoch ist es möglich und vielleicht auch notwendig, im Rahmen von Einsatzvorplanungen im Sinne optimaler Prozessabläufe örtliche Abstimmungen zu treffen. Hierzu soll der folgende Artikel anregen und wird deshalb an einigen Stellen Impulse für die Umsetzung in der Praxis geben.

**Tab. 1: Bundesweit einheitliche Statuswerte**

| Status | Bedeutung                  |
|--------|----------------------------|
| 0      | priorisierter Sprechwunsch |
| 1      | einsatzbereit über Funk    |
| 2      | einsatzbereit auf Wache    |
| 3      | Einsatzübernahme           |
| 4      | Ankunft am Einsatzort      |
| 5      | Sprechwunsch               |
| 6      | nicht einsatzbereit        |
| 7      | einsatzgebunden            |
| 8      | bedingt verfügbar          |
| 9      | Quittung/Fremdbereich      |

**Es wurde als belastend angeführt, dass Rettungsmittel häufig noch nicht für den nächsten Einsatz bereitstehen und somit ein anderes Rettungsmittel alarmiert werden muss.**

## Die Sicht der Leitstelle – ein Blick nach Schleswig-Holstein

Elmshorn in Schleswig-Holstein: In der Kooperativen Regionalleitstelle West wird für die vier Landkreise Dithmarschen, Segeberg, Steinburg und Pinneberg die Aufgabe einer Feuerwehreinsatz- und Rettungsleitstelle wahrgenommen. Mit im Gebäude befindet sich die Landespolizei Schleswig-Holstein, die im deckungsgleichen Zuständigkeitsbereich unter Nutzung eines Leitsystems die Aufgabe einer 110-Leitstelle wahrnimmt. An einem normalen Wochentag werden regelhaft 24 KTW, 59 RTW/MZF und 10 NEF in diesem Bereich vorgehalten und durch die Leitstelle West zu Einsätzen alarmiert, disponiert und im Einsatz begleitet.

Alle Rettungsmittel sind mit GPS ausgestattet und können somit jederzeit georeferenziert in der Disposition berücksichtigt werden. Es ist zudem sichergestellt, dass jedes verfügbare Rettungsmittel nach der Next-Best-Strategie in der Disposition betrachtet wird. Fahrzeuge im Status 1, 2 und nach der Einsatzübernahme (Status 3) auf dem Weg zu niedrig priorisierten Einsätzen aus der Bewegung

bekommen in der Disposition einen besseren Punktwert als Rettungsmittel im Status 8. Dabei ist zudem zu beachten, dass der Status 8 bedeutet, dass das Fahrzeug als „bedingt verfügbar“ gilt. Stehen diese Einsatzmittel jedoch unverkennbar näher zu einem gerade in der Disposition befindlichen Notfallgeschehen, fand bis vor Kurzem eine Alarmierung dieser Rettungsmittel statt. Auch mit dem Wissen, dass der Einsatz eventuell nicht unverzüglich oder gar nicht wahrgenommen werden kann.

In einer kürzlich durchgeführten Mitarbeiterbefragung (n = 41) zum Thema primärer Dispositionsvorschlag äußerte ein Großteil der Disponentinnen und Disponenten Kritik an der Alarmierung im Status 8. Es wurde als belastend angeführt, dass Rettungsmittel häufig noch nicht für den nächsten Einsatz bereitstehen und somit ein anderes Rettungsmittel alarmiert werden muss. Dies führt zu Verzögerungen im Einsatzablauf und einer zusätzlichen Arbeitsbelastung durch erhöhten Kommunikationsbedarf unter zeitlichem Druck. Auch aus dem Einsatzdienst liegen entsprechende Rückmeldungen vor, dass diese Alarmierungen als belastend empfunden werden.

Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde das aktuelle Vorgehen kritisch hinterfragt und nach Optimierungsmöglichkeiten gesucht. Unter Einbeziehung aller Verantwortlichen wurde dieser Sachverhalt umfassend beleuchtet und einvernehmlich entschieden, in einem Projektzeitraum die Disposition aus dem Status 8 technisch nicht zuzulassen und organisatorisch als dokumentationspflichtige Ausnahmehandlung im Vier-Augen-Prinzip mit der Schichtführung zu deklarieren. Der Projektzeitraum beträgt drei Monate. Die operativ Verantwortlichen stehen regelmäßig im Austausch.

In einer ersten Zwischenbilanz des Projektes kurz vor Erreichen der Halbzeitmarke zeigen die Rückmeldungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Leitstelle eine spürbare Entlastung bei zeitkritischen Abstimmungen über Funk oder Telefon mit alarmierten Einsatzkräften. Besonders hervorgehoben wird die wahrgenommene Verbesserung der Dispositionsvorschläge im Einsatzleitsystem, die eine schnellere Alarmierung ermöglicht – parallel zur Gesprächsführung mit den Hilfeersuchenden.

Doch auch Herausforderungen bleiben nicht aus: Der eingeschränkte Zugriff auf bedingt verfügbare Ressourcen sorgt bei einigen Leitstellenmitarbeitern für Bedenken hinsichtlich der Einhaltung der Hilfsfrist. Zudem stellen Fahrzeugabmeldungen eine zusätzliche Herausforderung dar, da sie zu einer Reduktion der Vorhaltung führen. In Kombination mit der fehlenden Ressource im Status 8 werden somit häufiger Gebietsabdeckungen erforderlich.



**Abb. 2:** Ein Rettungsmittel auf dem Weg zur Einsatzstelle: Das Team berät sich über die Anfahrtstrecke.

### Die Sicht der Leitstelle – ein Blick nach Bayern

In Bayern werden landesweit ein einheitliches Einsatzleitsystem in den Integrierten Leitstellen (ILS) eingesetzt und die Rettungsmittel über GPS georeferenziert disponiert. Hierbei ist es unerheblich, ob sich das Rettungsmittel im eigenen oder in einem fremden ILS-Bereich befindet; aufgrund der bayernweiten Vernetzung wird es gemäß der „Nächsten-Fahrzeug-Strategie“ der entsprechenden Leitstelle vorgeschlagen. Das Einsatzleitsystem lässt jedoch verschiedene lokale operative Verfahrensweisen mit dem Thema „Alarmierung aus Status 8“ zu. Dies führt zu der Situation, dass es Leitstellen gibt, die eine Alarmierung aus Status 8 grundsätzlich nicht vornehmen. Andere Leitstellen wiederum definieren Zeitwerte – z. B. wird in einem ILS-Bereich eine Alarmierung aus Status 8 nach 20 min, in einem anderen ILS-Bereich nach 30 min vorgenommen. Manche Leitstellen nehmen die Alarmierung aus Status 8 objektgebunden vor; an der Klinik A wird nach 20 min aus dem Status 8 alarmiert, an der Klinik B erst nach 30 min, da hier die längeren Wege für das Rettungsdienstpersonal einkalkuliert werden. Die örtlich unterschiedlichen Verfahrensweisen in Verbindung mit der bereichsübergreifenden Disposition können beim Rettungsdienstpersonal zu Verwirrung führen. Ferner besteht die Gefahr, dass Metropolleitstellen mit vielen Rettungsmitteln auf Status 8 an großen, zentrumsnahen (Uni-)Kliniken sich durch konsequente Alarmierung aus Status 8 der Rettungsmittel des Umlandes bedienen. Diese Fahrzeuge aus dem Umland fehlen in der Folge in den dafür ursprünglich geplanten Gebieten und müssen durch Gebietsabdeckungen oder andere organisatorische Maßnahmen kompensiert werden, was wiederum zu Frustration beim Rettungsdienstpersonal führen kann.

Angesichts der beschriebenen unterschiedlichen regionalen Bedürfnisse in den Rettungsdienstbereichen erscheint eine bayernweit einheitliche Regelung nicht sinnvoll. Es obliegt vielmehr dem nach Art. 5 Abs. 4 Satz 1 Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG) für die Alarmierungsplanung zuständigen Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung, eine Verfahrensweise für seinen Rettungsdienstbereich festzulegen.

In cirs.bayern wurden bereits mehrfach Meldungen zur Alarmierung aus Status 8 erfasst. Dort findet sich folgende Handlungsempfehlung: „Wenn hierdurch ein medizinisch relevanter Zeitvorteil zu erwarten ist, kann es zielführend sein, ein Rettungsmittel im Status 8 zu alarmieren. Dem alarmierenden Disponenten muss bewusst sein, dass eine Alarmierung in Status 8 (bedingt einsatzklar) inhaltlich einer Verfügbarkeits-ANFRAGE entspricht, es also möglich und auch völlig legitim ist, dass besagtes Einsatzmittel gar nicht oder erst verzögert abkömmlich ist. In jedem Fall ist die Alarmierung ebenso wie ein möglicherweise ‚Nicht-Ausrücken‘ gewissenhaft zu dokumentieren. Im Zweifelsfall sollte parallel ein Rettungsmittel im Status 1 oder 2 alarmiert werden und im weiteren Verlauf eines der alarmierten Rettungsmittel (das zu erwartend ‚langsamere‘) die Anfahrt abbrechen“ (3).

### Die Sicht des Rettungsdienstes

„Das Rettungsdienstpersonal steht doch im Status 8 eh nur vor der Notaufnahme und raucht!“ Diesen Spruch haben wir so oder ähnlich wohl alle schon mal gedacht oder gehört und vielleicht auch als Rechtfertigung für eine frühzeitige Alarmierung aus dem Status 8 verwendet. Darüber wollen wir an dieser Stelle nachdenken.

Mit dem Drücken der Taste 8 auf dem Funkgerät ist die Arbeit rund um die Versorgung von Patientinnen und Patienten noch lange nicht erledigt, auch wenn langsam ein Ende in Sicht ist. Die erkrankte oder verletzte Person wird aus dem Fahrzeug heraus in die Notaufnahme gebracht. Dort findet die Übergabe statt, die sowohl an die Pflege als auch an das ärztliche Personal erfolgen muss. Das ist für die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten unabdingbar. Gerade bei hoher Auslastung der jeweiligen Notaufnahme kann dieser Prozess einige Minuten in Anspruch nehmen. Besonders herausfordernd sind oft Notfallbilder, die nicht durch die Bereiche Innere Medizin oder Chirurgie abgedeckt werden. Die Ärztinnen und Ärzte der anderen Fachrichtungen müssen häufig erst von den Stationen in die Notaufnahme kommen, was mit dem Stationsalltag konkurrieren kann und zu zusätzlicher Wartezeit bei der

Übergabe führt. Zu jedem Einsatz muss im direkten zeitlichen Zusammenhang dazu ein Protokoll angefertigt werden. Vor allem bei aufwendigeren Versorgungsleistungen ist während des Transportes kaum Zeit für die Dokumentation, die in der Priorität deutlich hinter der medizinischen Versorgung steht. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit zur Dokumentation im Status 8. Eine ausführliche und rechtssichere Dokumentation nimmt selbstverständlich Zeit in Anspruch, die an dieser Stelle gewährt werden muss.

#### Für die Praxis

An dieser Stelle kann im Rahmen der organisatorischen Einsatzvorplanungen oder Abstimmungen zwischen Rettungsdienst- und Leitstellenbetreiber im Vorfeld viel getan werden. So können bei Verwendung eines softwaregestützten Behandlungskapazitätsnachweises wie z. B. IVENA oder Rescuetrack bei einer Anmeldung durch die Leitstelle die benötigten Fachdienste in der Klinik verständigt und zeitlich auf das Eintreffen des Rettungsdienstes abgestimmt werden. Damit würden für das Rettungsdienstpersonal die Wartezeiten reduziert werden.

Neben dem Punkt der Übergabe muss auch die Aufbereitung der Fahrtrage und des medizinischen Equipments berücksichtigt werden. Die Desinfektion der Fahrtrage und verwendeter Mehrwegmedizinprodukte sind nach jedem Patientinnen- und Patientenkontakt durchzuführen. Hier gilt: Je mehr Produkte verwendet wurden, desto länger dauert die Aufbereitung. Zu berücksichtigen sind hier z. B. die Fahrtrage, der Tragestuhl, das Tragetuch, die Blutdruckmanschette, die EKG-Kabel, die Kontaktflächen im RTW, ggf. Modultaschen der Notfallrucksäcke und vieles mehr.

Während in manchen Einsätzen kaum Material verwendet wird, weil sie einen Beratungsschwerpunkt haben, werden bei anderen Patientinnen und Patienten beinahe alle Modultaschen der Rucksäcke geöffnet, um eine Stabilisierung des Zustandes zu erreichen. Das Material, das im Einsatz geöffnet und verbraucht wurde, muss nun also im Status 8 aus dem Fahrzeug aufgefüllt werden, um auch im nächsten Einsatz wieder flexibel auf alle Umstände reagieren zu können.

#### Für die Praxis

Je nach örtlichen und strukturellen Gegebenheiten können Materialien zum Auffüllen der Rettungsmittel in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme gelagert werden. Dies spart Zeit und vor allem unter Umständen auch eine Einrückfahrt an die Rettungswache in nicht einsatzbereitem Zustand.

Wenn nun also die Übergabe, die Desinfektion und die Aufbereitung des Equipments erledigt sind, könnte man davon ausgehen, dass das Rettungs-



**Nobody is perfect**

Aber Disponenten  
ein bisschen perfekter

## Crew Resource Management in der Leitstelle

### Leitsätze für die Arbeit von Disponenten

von M. Rall, P. Dieckmann und A. Hackstein



▶ leicht zu merken

▶ schnell umzusetzen

▶ spürbar entlastend

Crew Resource Management maximiert die menschliche Zuverlässigkeit in kritischen Situationen. Auch in BOS-Leitstellen lassen sich damit die Fehlerquote senken und negative Folgen reduzieren. Durch die Beachtung von 15 eingängigen Leitsätzen können Disponenten ihr Teammanagement, ihre Kommunikation untereinander und mit Anrufern bei der Notrufabfrage sowie ihre eigenen mentalen Fähigkeiten verbessern.

- 2. Auflage 2020
- 98 Seiten
- 30 Abbildungen, zahlreiche Merkkästen und Tabellen
- durchgehend farbig
- Softcover

Best.-Nr. 466B2

€ **24,50**

Bestellen Sie jetzt direkt  
in unserem Online-Shop:

[www.skverlag.de/shop](http://www.skverlag.de/shop)

**S+K**  
Stumpf+Kossendey  
Verlag

mittel wieder einsatzbereit ist und in den Status 1 gedrückt oder weiter disponiert werden kann. An diesem Punkt sehen wir nun häufiger Rettungsdienstpersonal mit der klischeebehafteten Zigarette oder zum „Kaffeeklatsch“ vor der Notaufnahme. Bevor wir darüber urteilen, muss nun aber neben der Einsatzbereitschaft des Fahrzeuges auch die Einsatzbereitschaft des Personals sichergestellt sein. Mitarbeitende im Rettungsdienst werden immer wieder in Extremsituationen gebracht, in denen sie körperlich und emotional an ihre Grenzen stoßen können. Eine Nachbesprechung des Einsatzes, in der Untersuchung, Therapie, Zusammenarbeit und Transport reflektiert werden, darf und soll in solchen Fällen nicht vernachlässigt werden. Das ist zum einen für die Qualität der Versorgung, zum anderen aber auch für die Psychohygiene der Einsatzkräfte elementar wichtig.

#### Für die Praxis

Nicht nur die Einsatzbereitschaft des Materials, sondern auch des Personals muss wiederhergestellt werden! Ein sehr wichtiger und zuweilen unterschätzter Aspekt, der neben dem Rettungsdienstpersonal auch der nächsten Patientin oder dem nächsten Patienten zugutekommt. Bedenken Sie die Situation, dass ein belastender Einsatz nicht „abgeschlossen“ werden konnte. Mit „abgeschlossen“ ist neben den organisatorischen Maßnahmen wie Dokumentationsaufgaben etc. auch die mentale Einstellung gemeint. Ist die Versorgung an der nächsten Einsatzstelle qualitativ gleichwertig, wenn das Rettungsdienstpersonal noch in Gedanken beim vorhergehenden Einsatz ist? Ist es nicht sinnvoller, den belastenden Einsatz mit einem Kaffee oder einer Zigarette mit der Kollegin oder dem Kollegen auf Status 8 abzuschließen und dann wirklich „bereit“ zu sein?

In dem stetig wachsenden Berufsbild der NotSan sind mittlerweile fast regelhaft Auszubildende auf den Rettungsmitteln. Zu einer qualitativ hochwertigen Ausbildung gehören gezielte Einsatznachbesprechungen mit der Kontextualisierung von anatomischen, physiologischen und pathophysiologischen Aspekten dazu. Was wir hier nicht vergessen dürfen: Nicht jeder Einsatz ist kritisch, belastend oder mit erhöhtem Aufbereitungsaufwand verbunden. Nicht jeder Einsatz muss direkt und noch an der Notaufnahme mit Auszubildenden reflektiert werden.

#### Exkurs

„Bei einem Notfall ist grundsätzlich das dem Notfallort zeitlich nächst befindliche geeignete Rettungsmittel einzusetzen“ (6). Dieser Grundsatz wird so oder vergleichbar in jeder Leitstelle als Dispositionsstrategie gelten bzw. gesetzlich verankert sein. Es stellt sich bei der Alarmierung im Status 8 die Frage, ob der betroffene RTW das in diesem Fall geeignete Rettungsmittel ist. Womöglich ist er zwar das zeitlich nächst befindliche, aber in diesem Fall eben nicht das geeignete.

Es soll somit an dieser Stelle nicht der Appell formuliert werden, grundsätzlich den Kaffee und die Zigarette im Status 8 zu genießen – das kann auch gut im Status 1 erfolgen. Wenn es aber notwendig und für die Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft oder für Ausbildungsmaßnahmen erforderlich ist, dann ist das legitim und so auch anzuerkennen.

### Die Sicht der Klinik – ein Blick nach Tirol

Das Landeskrankenhaus Innsbruck (LKI) ist zugleich die Universitätsklinik der Medizinischen Universität und das einzige Krankenhaus der Maximalversorgung in Tirol. In 32 Kliniken stehen rund 1.400 Betten zur Verfügung, davon 140 auf Intensivstationen. Im Jahr 2023 wurden ca. 67.500 stationäre Aufnahmen mit rund 390.000 Belegtagen, davon über 33.000 auf Intensivstationen, verzeichnet. Im ambulanten Bereich fanden mehr als 1,15 Mio. Patientenkontakte statt. Das LKI beschäftigt 5.200 Personen (Vollzeitäquivalente, VZÄ), darunter 750 Ärztinnen und Ärzte, 1.900 Pflegekräfte und 500 Mitarbeitende in medizinisch-technischen Diensten (9). Von den Rettungsdiensten werden im LKI vorrangig zwei Notfallaufnahmen (NFA) angefahren, nämlich die der Orthopädie und Traumatologie und die NFA des Medizinzentrum Anichstraße (MZA). Dort befinden sich die Akutambulanzen der Inneren Medizin und der Neurologie; in den Tagesrandzeiten und nachts werden hier auch alle atraumatischen Patientinnen und Patienten anderer Fachrichtungen versorgt.

An der Orthopädie und Traumatologie wird kein Triage-System verwendet, was die Bedeutung einer straffen, faktengestützten Übergabe zwischen dem Rettungsdienst und dem Krankenhauspersonal unterstreicht. Diese Übergabe ist nicht nur für die Akutbehandlung, sondern auch für die weitere Versorgung von Patientinnen und Patienten bis hin zur Entlassung essenziell. Der Ablauf in der internistisch-neurologischen NFA beginnt mit der administrativen Anmeldung und der Ersteinschätzung nach dem Manchester-Triage-System, bei dem noch keine konkrete Übergabe erfolgt. Anschließend werden die Fachzuordnung und farbliche Kennzeichnung der Dringlichkeit vorgenommen. Der Rettungsdienst bringt die Patientin oder den Patienten in den zuständigen Bereich, wo die eigentliche Übergabe stattfindet. Die Alarmierung eines Rettungsmittels während der Übergabe im Krankenhaus kann erhebliche Herausforderungen mit sich bringen und hat überwiegend negative Auswirkungen.

Kommt es während dieses Prozesses zu einer Alarmierung der Rettungsmannschaft (aus dem Status 8), ist die Problematik bei stabilen Patientinnen und Patienten wahrscheinlich noch über-

schaubar. Schwieriger wird es jedoch bei Personen, die sich nicht selbstständig mitteilen oder sich an die Geschehnisse erinnern können, wie etwa bei einer Demenz, kognitiver Einschränkung oder einer Gehirnerschütterung. Wesentliche Informationen kommen möglicherweise unvollständig oder gar nicht bei der Pflege und den Ärztinnen und Ärzten an. Dahingehend gibt es bereits strukturierte Übergabemethoden wie z. B. das in Tirol übliche PAR-AVISO (1), das vor allem von Notärztinnen und Notärzten bereits genutzt wird (siehe auch BOSLEITSTELLE AKTUELL 4/2022 und RETTUNGSDIENST 9/2022). Diese Art der Übergabe ist im Rettungsdienstbereich aber noch nicht einheitlich und wird individuell gehandhabt. Besonders wichtig ist die soziale Anamnese bzw. Übergabe durch den Rettungsdienst, um sich ein Gesamtbild der Patientin oder des Patienten zu machen. Fehlende Informationen bzw. Lücken in diesem Bereich können große, zum Teil auch schwerwiegende Auswirkungen auf den weiteren Ablauf in einem Krankenhaus haben.

Unterstützend zur mündlichen Übergabe kann in der Ambulanz das Rettungsdienstprotokoll ausgedruckt werden, das zusätzliche Informationen wie Vitalwerte, EKG und Medikamente beinhaltet. Die Angabe einer Kontaktperson und Information zum sozialen Umfeld der zu behandelnden Person sowie zur häuslichen Betreuung sind für die weitere Behandlung sehr wichtig. Hierfür ist die sofortige Mitschrift der Fakten durch das Pflegepersonal in der Ambulanz sehr hilfreich. Da die Anfahrt im näheren Einzugsgebiet sehr kurz ist, wird das Protokoll oftmals erst nach der Übergabe fertiggestellt und ausgedruckt. Bei einer erneuten Alarmierung der Rettungsmannschaft bleibt möglicherweise keine Zeit für diese Aufgabe, sodass wichtige Informationen fehlen. Zusätzlich kann es auch zu Stress sowie einer Überbelastung führen, was die Arbeitsqualität beeinträchtigen und das Risiko für Fehler erhöhen kann. Für die Sicherheit der Mitarbeitenden des Krankenhauses sind mögliche Risikofaktoren (z. B. Aggressivität von Patientinnen und Patienten und/oder Angehörigen), die vom Rettungsdienst an das Pflegepersonal weitergegeben werden, sehr wichtig.

Kommunikationsprobleme und Hektik können zu Missverständnissen führen und somit die Sicherheit gefährden. Daher ist es entscheidend, dass zumindest ein kurzer zeitlicher Rahmen für eine faktengestützte Übergabe gegeben ist, um sowohl die Sicherheit der Patientinnen und Patienten als auch der Mitarbeitenden zu gewährleisten.

Insgesamt zeigt sich, dass eine gut koordinierte und strukturierte Übergabe trotz der Herausforderungen, die Sicherheit und Effizienz im Krankenhausbetrieb erheblich verbessern kann und vor



**Abb. 3:** Zustand des RTW nach einem Notfall-einsatz

allem eine gewisse Wertschätzung für alle beteiligten Personen bedeutet. Jede abgebrochene Übergabe erzeugt Stress für alle Beteiligten, insbesondere für junge und neue Mitarbeitende, bindet zusätzliche Ressourcen, die oft nicht vorhanden sind, und erhöht das Risiko von Fehlern. Aus professioneller Sicht ist die strukturierte und faktengestützte Übergabe der Patientin oder des Patienten ein essenzieller Bestandteil der gesamten Patientenversorgung.

---

**Ist die Leitstelle in den Voranmeldeprozess eingebunden, kann es sinnvoll sein, auf Grundlage des Übergabepunkts im Krankenhaus sowie des übermittelten Patientenstatus von einer längeren Verweildauer im Status 8 auszugehen.**

---

## Die Sicht der Kennzahlen und der Organisation

Gemäß dem Rettungsdienstbericht Bayern betrug im Freistaat die „Übergabedauer“ in der Notfallrettung im Jahr 2023 im Median 21 min und 38 sec (2). Die Übergabedauer wird dabei definiert als „Ankunft des Rettungsmittels am Zielort/Krankenhaus (FMS-Status 8) bis Freimeldung des Rettungsmittels (FMS-Status 1)“ (2). Aus einer für diesen Artikel zur Verfügung gestellten Auflistung der Status-8-Zeiten aus dem Main-Taunus-Kreis (Hessen) ließ sich entnehmen, dass nach 30 min im Status 8 etwa 66 % der Rettungsmittel im Jahr 2023 die Einsatzbereitschaft wiederherstellen konnten (6). Nach 40 min waren etwa 92 % der Rettungsmittel wieder einsatzbereit. Vergleichbare Daten konnten in der Kooperativen Regionalleitstelle West in Schleswig-Holstein erhoben werden. Hier betrug die Zeitdauer im Status 8 im Median 24:57 min und im Mittelwert 30:27 min. Zusammenfassend liegt somit die reale durchschnittliche Zeitdauer der Notfallrettungsmittel auf Status 8 bei ca. 30 min.



**Abb. 4:** Treffen mehrere Fahrzeuge zeitgleich zur Übergabe an der Notaufnahme ein, kann das die Übergabezeit teils deutlich verlängern.

Erfahrungsberichte aus Schleswig-Holstein verdeutlichen die Wirkung eingeführter technischer und organisatorischer Maßnahmen: Die Zahl der Alarmierungen aus dem Status 8 konnte um über 80 % gesenkt werden. Im direkten Vergleich zum Vormonat reduzierte sich die Anzahl solcher Alarmierungen von 692 auf lediglich 129. Welche Auswirkungen diese Änderungen langfristig auf den Erreichungsgrad der Hilfsfristen haben werden, bleibt im Rahmen des noch laufenden Verfahrens abzuwarten und bedarf weiterer Analysen. Die Erkenntnis, dass dieses Thema mit allen Beteiligten abgestimmt werden sollte, besteht allerdings schon jetzt.

Ist die Leitstelle in den Voranmeldeprozess eingebunden, kann es sinnvoll sein, auf Grundlage des Übergabepunkts im Krankenhaus (z. B. Schockraum, Intensivstation, Herzkatheterlabor) sowie des übermittelten Patientenstatus von einer längeren Verweildauer im Status 8 auszugehen. Diese Abschätzung sollte unter Beachtung der CRM-Leitsätze nach Rall und Gaba (7) validiert werden.

### Die Sicht der Technik

Durch die Einführung einheitlicher Statusmeldungen werden der Sprechfunkverkehr auf das Wesentliche reduziert und standardisierte Meldungen per einfachem Tastendruck effizient kommuniziert. Diese Statusmeldungen sind, wie bereits in der Einleitung dargestellt, für die einstelligen Statuswerte in Deutschland bundeseinheitlich geregelt. Im Norden befinden sich derzeit zweistellige Statusmeldungen in der Implementierungsphase. Neben den verschiedenen einsatztaktischen Statusmeldungen, die unmittelbaren Einfluss auf die Disposition haben, können hier auch differenzierte Zustände zu und nach einer Patientenübergabe sowie zur Herstellung der Einsatzbereitschaft oder präklini-

scher Dokumentation präzise dargestellt werden. Diese detaillierten Statusmeldungen ermöglichen es, überdurchschnittliche Patientenübergabezeiten differenziert an die Leitstelle zu übermitteln. Dadurch wird eine transparente und nachvollziehbare Dokumentation gewährleistet, die retrospektiv als wertvolle Kennzahl für entsprechende Evaluationen oder Bemessungen herangezogen werden kann. Die erhobenen Zeiten bieten somit nicht nur eine unmittelbare Unterstützung im operativen Einsatz, sondern tragen auch langfristig zur Optimierung der Einsatzplanung und -durchführung bei.

Durch Anwendung der zweistelligen Statusmeldungen könnten eine Alarmierung aus dem Status 8 allgemeinverbindlich definiert und die situative Entscheidung dem Rettungsdienstpersonal übertragen werden. So ist eine Lösung nach folgendem Muster denkbar:

- einfacher Status 8 wird durch die Besetzung an die ILS gesendet: Die ILS alarmiert das Rettungsmittel nach lokaler Definition (z. B. nach 30 min wird aus Status 8 alarmiert)
- doppelter Status 8 wird durch die Besetzung an die ILS gesendet: Einsatz mit Besonderheiten (z. B. Reanimationen, Polytraumata mit umfangreicher Fahrzeugreinigung, psychisch belastende Einsätze) → die ILS alarmiert das Rettungsmittel aus dem Status 8 nicht.

---

**Die Dauer der Herstellung der Einsatzbereitschaft des Rettungswagens ist multifaktoriell bedingt, weshalb es keine Musterlösung zur Alarmierung oder Nicht-Alarmierung aus dem Status 8 geben kann.**

---


### Fazit und Ausblick

Aus Sicht des Rettungsdienstpersonals sowie der Mitarbeitenden in den Notaufnahmen sind Alarmierungen aus dem Status 8 herausfordernd und führen zu erhöhtem Stress bei allen Beteiligten. Für das Klinikpersonal kann das Schwierigkeiten in der Behandlung nach sich ziehen ebenso wie eine Gefährdung der eigenen Sicherheit. Viele Faktoren beeinflussen die Dauer der Übergabe- und Aufbereitungszeit an den aufnehmenden Kliniken: Hierbei spielt ein möglicher „Flaschenhals“ – das Verhältnis verfügbarer Triagemöglichkeiten vs. Patientenaufkommen – eine Rolle. Ferner gibt es oftmals strittige Zuständigkeiten für administrative Tätigkeiten wie z. B. bei der Anmeldung der Patientin bzw. des Patienten in das Kliniksystem. Im Rahmen von temporären Klinikabmeldungen sowie Klinikschließungen werden diese Faktoren bei Nachbarkliniken oft nicht beachtet. Bei hoher Auslastung der jeweiligen Not-

aufnahmen kann es zu längeren Wartezeiten kommen – auch für den Rettungsdienst, wobei eine (am besten schriftlich dokumentierte) Übergabe gerade im Sinne der Sicherheit von Patientinnen und Patienten unabdingbar ist. Eine zeitliche Optimierung des Übergabeprozesses ist in zentralen Notaufnahmen möglich, bei denen sämtliche Patientinnen und Patienten ungeachtet der Fachrichtung aufgenommen werden können. Andernfalls ist oftmals der Kontakt zu ärztlichem Personal obligat, was gerade bei Notfällen, die nicht in die Bereiche der Inneren Medizin oder der Chirurgie fallen, zu längeren Wartezeiten führen kann. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. empfiehlt, 120 h in der präklinischen Notfallversorgung (Rettungsdienst) während der Weiterbildung Notfallpflege zu absolvieren (4), manche Bundesländer haben vergleichbare Regelungen in die Weiterbildungsverordnung aufgenommen (8). Solche Regelungen tragen dazu bei, ein sektorenübergreifendes Verständnis zu schaffen.

Die Dauer der Herstellung der Einsatzbereitschaft des Rettungswagens ist multifaktoriell bedingt, weshalb es an dieser Stelle keine Musterlösung zur Alarmierung oder Nicht-Alarmierung aus dem Status 8 geben kann. Die betrachteten Daten lassen jedoch den Schluss zu, dass nach ca. 30 min eine Abfrage über die Einsatzbereitschaft sinnvoll ist. In welcher Form dies erfolgt („scharfe“ Alarmierung, „Anfrage“ über Pager oder Telefon o. Ä.) muss lokal bestimmt werden. Es wird jedoch ausdrücklich empfohlen, mit den benachbarten Rettungsdienstbereichen, Leitstellen und Krankenhäusern in den Dialog zu gehen und vielleicht sogar landesweite Regelungen zu finden. Das ist nötig, da Rettungsmittel häufig in Kliniken benachbarter Landkreise fahren. Mit Erreichen eines

neuen Landkreises müssen sich die Rettungsmittel auf die dort herrschenden Regeln einstellen, im Idealfall aber gelten überall die gleichen Regeln.

Bei allen Definitionen und Absprachen muss jedoch beachtet werden, dass es immer wieder Sondereinsätze gibt, bei denen von einer festgelegten Verfahrensweise abgewichen werden muss. Hierbei gilt es, miteinander zeitnah und vorurteilsfrei zu kommunizieren und für alle Beteiligten die optimale Lösung zu finden. 

#### Literatur:

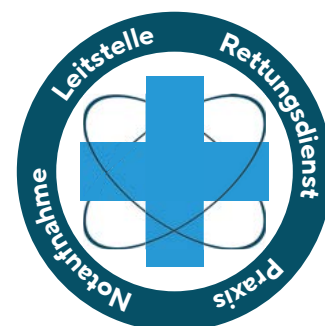
1. Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol (Hrsg.) (2024) QM/RM Projekte. [https://aelrd-tirol.at/qm\\_rm\\_projekte](https://aelrd-tirol.at/qm_rm_projekte) (Abruf: 21. Januar 2025).
2. Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (Hrsg.) (2023) Rettungsdienstbericht Bayern 2023. [www.inm-online.de/images/stories/pdf/RD\\_BERICHT\\_2023.pdf](http://www.inm-online.de/images/stories/pdf/RD_BERICHT_2023.pdf) (Abruf: 21. Januar 2025).
3. Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement – Klinikum der Universität München (Hrsg.) (2016) Alarmierung aus Status 8. [www.cirs.bayern/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6:impressum&catid=8&Itemid=126](http://www.cirs.bayern/index.php?option=com_content&view=article&id=6:impressum&catid=8&Itemid=126) (Abruf: 21. Januar 2025).
4. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hrsg.) (2019) DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Notfallpflege. [www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.5\\_Personal\\_und\\_Weiterbildung/2.5.11\\_Aus-\\_und\\_Weiterbildung\\_von\\_Pflegeberufen/Notfallpflege/DKG-Empfehlung\\_Weiterbildung\\_Notfallpflege.pdf](http://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.11_Aus-_und_Weiterbildung_von_Pflegeberufen/Notfallpflege/DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Notfallpflege.pdf) (Abruf: 21. Januar 2025).
5. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Inneres und Sport (Hrsg.) (2019) Betriebshandbuch BOS Digitalfunk Hamburg. [www.hamburg.de/resource/blob/89870/3993d6642bcc930f15573c836c6ff7a7a/2019-11-01-betriebshandbuch-digitalfunk-bos-hamburg-2-1-data.pdf](http://www.hamburg.de/resource/blob/89870/3993d6642bcc930f15573c836c6ff7a7a/2019-11-01-betriebshandbuch-digitalfunk-bos-hamburg-2-1-data.pdf) (Abruf: 21. Januar 2025).
6. Main-Taunus-Kreis (Hrsg.) (2021) Bereichsplan für den Rettungsdienstbereich Main-Taunus-Kreis. [www.mtk.org/statics/ds\\_doc/downloads/Bereichsplan\\_7\\_Fortschreibung.pdf](http://www.mtk.org/statics/ds_doc/downloads/Bereichsplan_7_Fortschreibung.pdf) (Abruf: 21. Januar 2025).
7. Rall M, Gaba DM, Howard SK et al. (2010) Human Performance and Patient Safety. In: Gropper MA (Hrsg.) Miller's Anesthesia. Elsevier, Philadelphia, S. 93-149.
8. RKH Regionale Kliniken Holding und Services GmbH (Hrsg.) (2025) Weiterbildung Notfallpflege. [www.rkh-karriere.de/rkh-akademie/weiterbildung/weiterbildung-notfallpflege-dkg](http://www.rkh-karriere.de/rkh-akademie/weiterbildung/weiterbildung-notfallpflege-dkg) (Abruf: 21. Januar 2025).
9. Tirol Kliniken GmbH (Hrsg.) (2023) Leistungsbericht 2023. [www.tirol-kliniken.at/data.cfm?vpath=ma-wartbare-inhalte/tirol-kliniken/1/jahresberichte/leistungsbericht-2023-tirol-kliniken](http://www.tirol-kliniken.at/data.cfm?vpath=ma-wartbare-inhalte/tirol-kliniken/1/jahresberichte/leistungsbericht-2023-tirol-kliniken) (Abruf: 21. Januar 2025).

#### Interessenkonflikte:

Die Autorin und die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

**Zi UCON 2025**  
Urgent Care Conference

**13. und 14. Mai 2025**  
**Berlin, Kulturbrauerei**



Urgent Care Conference 2025

Forum für Zusammenarbeit in der Akut- & Notfallversorgung

112 oder 116 117? Praxis oder Notaufnahme?

Seien Sie dabei und diskutieren Sie mit!

Programm und

kostenfreie Anmeldung

unter

[www.zi.de](http://www.zi.de)

