

N i e d e r s c h r i f t

über die 44. - öffentliche - Sitzung (Reise)

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 12. September 2024

in Wien

Tagesordnung:

Seite:

<i>Führung bei den Vereinten Nationen in Wien</i>	3
<i>Briefing in der Ständigen Vertretung Deutschlands bei den Vereinten Nationen</i>	3
<i>Gespräch beim Notruf Niederösterreich am Standort Stockerau</i>	6

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
5. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
6. Abg. Jan Bauer (CDU) (bis 11 Uhr)
7. Abg. Eike Holsten (CDU)
8. Abg. Christian Calderone (i. V. d. Abg. Volker Meyer) (CDU)
9. Abg. Sophie Ramdor (CDU) (bis 11 Uhr)
10. Abg. Thomas Uhlen (CDU) (bis 11 Uhr)
11. Abg. Stephan Christ (i. V. d. Abg. Dr.in Tanja Meyer) (GRÜNE)
12. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 9:00 Uhr bis 16:00 Uhr.

Tagesordnung:

Parlamentarische Informationsreise zu aktuellen sozial-, arbeitsmarkt- und gesundheitspolitischen Themen nach Wien

Führung bei den Vereinten Nationen in Wien

Der Ausschuss nimmt an einer Führung durch das Gebäude der Vereinten Nationen in Wien teil.

*

Briefing in der Ständigen Vertretung Deutschlands bei den Vereinten Nationen

Botschafter **Rüdiger Bohn**, Ständiger Vertreter bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen internationalen Organisationen in Wien, begrüßt den Ausschuss und gibt einen kurzen Überblick über die Aufgaben der Ständigen Vertretung Deutschlands bei den Vereinten Nationen und die Abstimmungsprozesse für die Beziehungen zu den Organisationen der Vereinten Nationen und anderen internationalen Organisationen.

Frau **Stephanie Benke**, Referentin bei der Ständigen Vertretung Deutschlands bei den Vereinten Nationen, berichtet über die Aufgaben des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Sie führt aus, der Hauptsitz des Büros der Vereinten Nationen für Suchtstoff- und Verbrechensbekämpfung befinde sich in Wien, von wo aus es den Mitgliedstaaten über ein weltweites Netzwerk an Außenstellen helfe, die Anfälligkeit für Drogen und Verbrechen sowie Korruption und Terrorismus zu bekämpfen und Sicherheit und Gerechtigkeit für alle zu fördern. Es sei keine eigene Organisation oder Agentur, sondern Teil des Generalsekretariats und verfüge über zwei Kommissionen: die United Nations Commission on Narcotic Drugs (CND) und die Commission on Crime Prevention and Criminal Justice (CCPCJ). Diese beiden Kommissionen entwickelten das Programm der Vereinten Nationen im Bereich der Drogen- und Verbrechensbekämpfung.

Das UNODC sei auch das Sekretariat für die zwei Vertragsstaatenkonferenzen: die UN-Konvention gegen Korruption (UNCAC) und das UN-Übereinkommen gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität (UNTOC). Nicht nur durch die Zentrale in Wien, sondern insbesondere durch Field Officers sei das UNODC das Kompetenzzentrum der Vereinten Nationen in diesen Bereichen, welche vor Ort in den verschiedenen Ländern tätig seien.

Aufgabe des UNODC sei es, die Politik der Vereinten Nationen in den genannten Bereichen zu steuern und umzusetzen. UNODC leiste Hilfe für die einzelnen Mitgliedstaaten zur Umsetzung dieser Politik und gebe auch prozedurale Hilfe bei Ratifizierungsverfahren. Das UNODC habe also eine Art Sekretariatsfunktion für die Konventionen und Kommissionen. Das Aufgabenspektrum gehe aber weit darüber hinaus. Dazu gehörten auch die Normsetzung, der Informationsauftrag und auch ein konkreter Unterstützungsauftrag über Projektarbeit vor allem in der technischen und Entwicklungszusammenarbeit. Die Normsetzung erfolge durch Konventionen, also durch völkerrechtliche Verträge, deren Umsetzung das UNODC überwache. Zu nennen seien in diesem Zusammenhang die Konventionen im Drogenbereich, im Bereich der grenzüberschreitenden organisierten Kriminalität mit einzelnen Zusatzprotokollen zu Menschenhandel, Schleusung und

illegalem Feuerwaffenhandel sowie die Antikorruptions-Konvention. Verständigung sei vor Kurzem auch über eine Konvention im Bereich Cybercrime erzielt worden. Unterhalb dieser völkerrechtlichen Verträge seien die Mitgliedstaaten bemüht, eigene Akzente durch Resolutionen zu setzen, die bei den jährlichen Konferenzen der Vertragsstaaten erlassen würden.

Die Aufgabe der Information leiste das UNODC durch eine Vielzahl von Publikationen über Drogen, Terrorismus, Schleusung und Korruption. Die bekannteste Publikation sei der Welt-Drogenbericht, der einmal im Jahr publiziert werde und über die neuesten Trends, die aktuelle Situation bei der Kriminalität und beim Nutzungsverhalten im Drogenbereich berichte. Das UNODC verfüge zu Forschungszwecken auch über ein eigenes Drogenlabor.

Das jährliche Budget des UNODC belaufe sich auf ungefähr 350 Millionen Dollar. Über 90 % davon stammten jedoch nicht aus dem regulären Budget, sondern müssten akquiriert werden. UNODC sei also, um seine Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten, vom Goodwill der Geld gebenden Staaten abhängig, um zum Beispiel ein Regionalzentrum für Antikorruption in Westafrika umzusetzen. Deutschland sei nach den USA, China und Japan der viertgrößte Beitragszahler für das reguläre Budget und steuere darüber hinaus noch 10 Millionen Euro für Projektarbeit hinzu. Auch bei der personellen Präsenz stehe Deutschland an vierter Stelle.

Die Commission on Narcotic Drugs entscheide über die Kontrolle und Einstufung von Suchtstoffen und auch von Vorläufersubstanzen, die zur Herstellung von Drogen benötigt würden, und verfüge damit über einen weitreichenden Einfluss auf die Drogengesetzgebung aller Staaten, die der Drogenkonvention beigetreten seien. Außer Nordkorea und zwei kleinen Inselstaaten seien alle 192 Vertragsparteien der Drogenkonvention beigetreten; sie gilt also nahezu universell. Die Kommission formuliere drogenpolitische Empfehlungen an die Mitgliedstaaten, die wiederum in Form von Resolutionen entständen und auch dem Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen (Ecosoc) und zum Teil auch der Generalversammlung vorgelegt würden, um ihnen ein größeres Gewicht beizumessen. Die Kommission steuere auch die programmatische drogenpolitische Arbeit des UNODC als Organisation. Auch gebe es ein Aufsichtsgremium, welches kontrolliere, ob die Konventionen umgesetzt würden, und könne auch Vollzugsmaßnahmen verhängen.

Bei den drei Konventionen im Drogenbereich handele es sich zum einen um das Einheits-Abkommen über Betäubungsmittel aus dem Jahr 1961. Diese Konvention, der 180 Staaten beigetreten seien, bilde bis heute die Basis für die weltweite Drogenkontrolle bei Stoffen wie Kokastrauch, Schlafmohn, Hanf, Opium, Mohnstroh, Heroin und einigen synthetischen Opioiden und beschränke das Anbauen, Gewinnen, Herstellen, Ausziehen, Einführen und Ausführen der im Abkommen als Betäubungsmittel bezeichneten Stoffe. Dem Abkommen liege in der Präambel als Erkenntnis die Auffassung zugrunde, dass „die Betäubungsmittelsucht für den Einzelnen ein Übel und für die Menschheit eine wirtschaftliche und soziale Gefahr darstellt“. Die ursprünglichen Komponenten dieses Abkommens hätten also die reine Beschränkung des Angebots als geeignetes Mittel betrachtet, dieses Übel zu bekämpfen. In der Praxis habe es, um den Konsum unerwünschter Drogen zurückzudrängen, vor allen Dingen auf die Bekämpfung von Anbau und Herstellung gesetzt. Dies gelte jedoch inzwischen als „alter Zopf“. In den 1970er-Jahren sei eine zweite Konvention gefolgt, die psychotrope Stoffe betroffen habe, beispielsweise Amphetamin und LSD. 1988 sei dann die letzte Konvention gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen gefolgt, die auf die Unterbindung von Geldwäsche und organisierter

Kriminalität im Zusammenhang mit dem Drogenhandel abziele als Konsequenz aus dem „War on Drugs“, den die USA unter Präsident Nixon ausgerufen habe.

Die Suchtstoffkommission sei ein Gremium, dem 50 Mitgliedstaaten angehörten. Deutschland sei aktuell nicht Mitglied, kandidiere aber für die nächste Legislatur. Im März 2025 werde die nächste große Konferenz der Vertragsstaaten stattfinden, an der auch eine Delegation der Bundesrepublik Deutschland mit über 20 Mitgliedern aus dem Bundesjustizministerium, Bundesinnenministerium, vom BKA, von der Bundesopiumstelle, aber auch aus der chemischen Industrie, ferner Wissenschaftler und Vertreter von NGOs teilnehmen würden. Im Idealfall würden nach den Verhandlungen auf dieser Konferenz Entscheidungen getroffen und Resolutionen verabschiedet.

Bei diesem Thema ständen sich in einer Art Kulturkampf zwei Blöcke gegenüber. Auf der einen Seite werde die Position vertreten, dass Prohibition das richtige Mittel sei, wie sie bereits in den 1920er-Jahren in den Vereinigten Staaten und später im „War on Drugs“ betrieben worden sei. Dem stehe auf der anderen Seite die Position gegenüber, dass Regulierung bzw. Schadensminimierung das richtige Mittel sei, um dem Drogenproblem zu begegnen. Relativ langsam finde aber ein Paradigmenwechsel statt in der Erkenntnis, dass eine rein auf das Angebot fokussierte Betrachtung die Nachfrageseite vernachlässige; denn wo immer eine Nachfrage bestehe, die nicht auf legalem Wege befriedigt werden könne, entstehe früher oder später ein Markt, der so lange, wie er Gewinne abwerfe, auch nicht verschwinde.

Die Bundesrepublik Deutschland habe sich in den letzten Jahren in diesem Bereich insbesondere zu dem Thema alternative Entwicklung engagiert unter der Fragestellung, wie man beispielsweise Koka-Bauern ein alternatives Auskommen ermöglichen könne, indem man sie befähige, andere Rohstoffe zu produzieren und anderen Berufstätigkeiten nachzugehen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) schließt aus der Darstellung der Arbeit der Kommissionen, dass mehr die Verbrechensbekämpfung im Vordergrund stehe und Prävention eher nachrangig sei. Sie wirft die Frage auf, was unter der erwähnten „Schadensminimierung“ zu verstehen sei, konkret für wen der Schaden minimiert werden solle. - Ref. in **Stephanie Behnke** bringt zum Ausdruck, „Schadensminimierung“ bzw. „harm reduction“ sei in den Erörterungen auf internationaler Ebene ein feststehender Begriff, aber stoße bei einigen Staaten auf großen Widerstand, weil sie ihn für den schlimmsten Ansatz überhaupt hielten. Aus deren Sicht könne dem Drogenproblem nur durch restriktive Kontrolle, nicht aber durch einen gesundheitspolitischen bzw. sozialen Ansatz wie in der Bundesrepublik Deutschland begegnet werden, bei dem anerkannt würde, dass es Drogenkonsumenten gebe, und diesen auch Zugang zu Behandlung ermöglicht werde. In diesen Staaten gebe es aus deren Sicht schlicht kein Drogenproblem.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) wirft die Frage auf, ob zumindest Europa bei diesem Thema „mit einer Stimme“ spreche. - Ref. in **Stephanie Behnke** verweist darauf, dass in europäischen Staaten hierbei sehr unterschiedliche Ansätze verfolgt würden, wie auch bei der Diskussion über die Legalisierung des Cannabiskonsums deutlich geworden sei, der in Frankreich nach wie vor streng verboten sei. Insofern spreche Europa bei diesem Thema wie auch bei manchen anderen Themen eigentlich nicht „mit einer Stimme“. Dies gelte es jedoch bei den Vereinten Nationen in Wien gerade in der gegenwärtigen Zeit zu vermeiden. Wenn man sich in der Koordinierung bei bestimmten Punkten nicht einigen könne, werde dort das Statement als EU im Namen der be-

treffenden Staaten verlesen und könnten die Mitgliedstaaten im Nachhinein ihre eigene nationale Position präzisieren. Es wäre jedoch das schädlichste Zeichen, bei den Vereinten Nationen in Wien nicht einheitlich zu sprechen. Dies führe zu einem extrem hohen Koordinierungsaufwand und auch dazu, dass man sich nur auf sehr kleinen, um nicht zu sagen: klitzekleinen gemeinsamen Nenner einigen könne. Manchmal sei der Erhalt dessen, worauf man sich bereits geeinigt habe, schon das maximal Mögliche.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) ist interessiert zu erfahren, wie in den Vereinten Nationen aufgenommen worden sei, dass sich die Bundesrepublik Deutschland mit der Legalisierung des Cannabiskonsums über die Konventionen von 1961 und aus den 1970er-Jahren hinweggesetzt habe. - Ref.'in **Stephanie Behnke** macht deutlich, nach dem Völkerrecht existiere keine Instanz wie die Polizei oder Gerichte, die über die Einhaltung der Konventionen wachten und etwa Haftbefehle vollzögen, weil Menschen in Deutschland Cannabis rauchten. Konventionen stellten im Grunde genommen ein Rechtsskelett dar. Deren Interpretation obliege den einzelnen Nationalstaaten. Dies führe zu einem gewissen Graubereich, aber sei ihres Erachtens letztlich positiv zu bewerten, weil sich in der Konsequenz viel mehr Staaten den Konventionen anschließen könnten, da sie, abhängig von ihrer jeweiligen Situation, die Rechtsvorschriften entsprechend auslegen könnten. Zwar gebe es auch das Kontrollorgan, das auf die Nationalstaaten zugehen und darauf hinweisen könne, dass deren Recht nicht mit der Konvention vereinbar sei, und dann einen Dialog führen könne. Dieser Dialog führe aber nicht dazu, dass die nationale Politik zurückgezogen werde; dies würde ja zu einem absoluten Gesichtsverlust eines souveränen Staates führen. Das Ziel sei ein Verhandlungsergebnis. Im Fall von Deutschland könne die Konvention so ausgelegt werden, dass der Verkauf und Vertrieb von Cannabis im großen Stil in Deutschland tatsächlich verboten sei, aber der regulierte Anbau für den privaten Nutzen mit der Konvention vereinbar sei. Dies sei auch ein Weg, wie sich die Konventionen und damit die Drogenpolitik nach vorne entwickeln könnten. Auf dem Weg der Einigung könne es dazu kommen, dass das eigene Anliegen bis zu einem gewissen Grade verwässert werde. Dies sei aber dem Prozess und dem Einbeziehen auch anderer Meinungen geschuldet. Es wäre überhaupt nichts damit gewonnen, eine richtig krasse Resolution durchzusetzen, die letzten Endes von niemandem umgesetzt, sondern in der Schublade landen würde. Es sei aber sehr wichtig, sich mit Nachbarstaaten und anderen Staaten zu engagieren. Dies sei für alle Seiten extrem wertvoll und ein großer Dienst für die Bevölkerung.

*

Gespräch beim Notruf Niederösterreich am Standort Stockerau

www.notrufnoe.at

*Die Präsentation ist dieser Niederschrift in Großformat als **Anlage** beigelegt.*

anwesend:

Christoph Doppler, Leiter Gesundheitsberatung

Dr. Christian Fohringer, Geschäftsführer

Dr. Nicole Kordina, Fachärztin

Stefan Spielbichler, Abteilung Presse

Stefan Spielbichler: Der Notruf Niederösterreich wird von vier Gesellschaftern in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung betrieben.



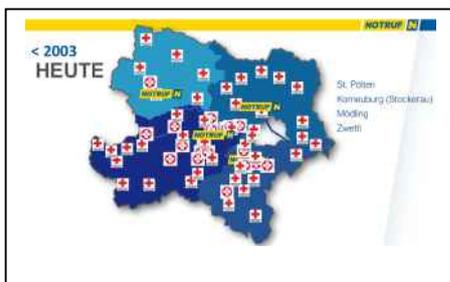
Gegründet wurde er von dem größten Rettungsdienstbetreiber Rotes Kreuz, dem Arbeiter-Samariter-Bund und der Christophorus Flugrettung. Das Land Niederösterreich als Hauptgeldgeber hat ihn nach zweieinhalb Jahren als Hauptgesellschafter mit einem Anteil von zwei Dritteln übernommen; das verbliebene Drittel teilen sich die genannten drei größeren Rettungsorganisationen.



Unsere Grundaufgabe ist im Niederösterreichischen Rettungsdienstgesetz definiert: die Aufnahmebeurteilung, Organisation und Disposition von Krankentransporten, Notfallrettungseinsätze, Sondereinsätze, Intensivüberstellungen und Sekundärtransporte zwischen Kliniken. Auch die Notwendigkeit zur Ausbildung und die zu verwendenden Tools sind in diesem Gesetz definiert.



Als zweite Aufgabe ist in diesem Gesetz definiert, dass wir als Kommunikationsdrehscheibe sowie Servicecenter für den präklinischen, aber auch für den klinischen Bereich dienen sollen. Eine Gesundheitsleitstelle ist der Notruf Niederösterreich jedoch nicht. Wir sind vielmehr viel anderes. Darauf werde ich später genauer eingehen.



Bis zum Jahr 2003 haben die Rettungsorganisationen die Rettungsleitstellen sowohl für den Rettungsdienst als auch für den Krankentransport immer zusammen selbst betrieben, und zwar in unterschiedlichster Ausprägung und unterschiedlichster Form mit mehr als 90 Einzelleitstellen in ganz Niederösterreich. Das heißt, ihr Einzugsbereich war kleiner als Landkreise und Bezirke, es gab auch sehr kleine Minileitstellen, aber auch größere Leitstellen.

Mit der Einführung des Digitalfunks und mit der allgemeinen Entwicklung wurde die Idee geboren, nicht nur den Rettungsdienst zu überarbeiten und neu zu gestalten, sondern auch das Leitstellenwesen. Dann stellte sich die Frage: Wer legt mit wem welche Leitstellen zusammen? Wer disponiert dann den anderen? - Alle waren dafür, sofern sie es selber machen können. Dann ist man auf die Idee gekommen, dass es niemand macht, sondern dass wir eine eigene Organisation gründen, die das im Auftrag der Organisationen macht - neutral, mit völlig offensichtlichen Regelungen und auch mit immenser Transparenz, sodass man auch im Norden sieht, was im Süden gemacht wird, aber auch das sieht, was der Nachbar macht. Ziel war, im Rettungsdienst, in der Notfallrettung nicht den regional Zuständigen, sondern den Schnellsten schicken zu können, und im Krankentransport denjenigen zu schicken, der die Patienten aufammelt, die sozusagen am Weg liegen, und zwar nicht seine Patienten, sondern ganz nach wirtschaftlichen Grundlagen so

viele Patienten in so wenig Fahrzeugen wie möglich. Ab dem Jahr 2003 kam es zu der Entwicklung bis zum heutigen Stand. Heute haben wir eine Leitstelle, die an vier Standorten operiert.



Noch in den 70er-, 80er- und 90-Jahren waren die Leitstellen zum Teil im Wohnzimmer untergebracht und immer ein bisschen der Abschiebeposten für den Fahrdienst oder für diejenigen, die überhaupt nicht für den Fahrdienst geeignet waren, sondern nur das Telefon besetzten.



In den größeren Städten mit über 10 000 Einwohnern haben wir mittlerweile Callcenter-artige Leitstellen, in denen nach modernsten ergonomischen Richtlinien gearbeitet wird.

Wir beginnen jetzt damit, die Technik von Arbeitsplätzen mit mehreren Bildschirmen zu Arbeitsplätzen mit nur noch einem Bildschirm umzustellen. Im besten Fall nimmt ein Calltaker Anrufe mit Hilfe eines Tablets entgegen. Die heutige Technik macht dies problemlos möglich.

Wir beginnen jetzt damit, die Technik von Arbeitsplätzen mit mehreren Bildschirmen zu Arbeitsplätzen mit nur noch einem Bildschirm umzustellen. Im besten Fall



Alle unsere Standorte sehen sehr ähnlich aus. Wir bieten mobile Lösungen an, mit denen wir die Einsatzleitungen vor Ort unterstützen.



Wir haben eine relativ hohe Awareness bezüglich Stromausfällen und anderer Krisensituationen und betreiben ein eigenes Alarmierungssystem, das von kommerziellen Herstellern völlig unabhängig ist.



Das Bundesland Niederösterreich umschließt Wien und hat knapp 2 Millionen Einwohner. Hinzu kommen 2 Millionen Einpendler und Touristen. Bei knapp 20 000 km² ergibt sich eine durchschnittliche Einwohnerdichte von 83 Einwohnern pro Quadratkilometer. Der nördliche Bereich von Niederösterreich in der Nähe der Grenze zum ehemaligen eisernen Vorrang ist sehr dünn besiedelt. Im Unterschied dazu besteht im Süden von Wien eine extrem hohe Einwohnerdichte mit weit über 200 Einwohnern pro

besteht im Süden von Wien eine extrem hohe Einwohnerdichte mit weit über 200 Einwohnern pro

Quadratkilometer. Niederösterreich verfügt über flache Regionen im Weinviertel bis hin zu alpinen Bereichen mit Skigebieten, darunter ländliche bis urbane Gebiete. Auch die Staatsgrenzen zur Tschechischen Republik und zur Slowakei sind mit bestimmten Anforderungen verbunden. Wien in der Mitte von Niederösterreich ist ein eigenes Bundesland, das auch für alle anderen Bundesländer Leistungen zur Gesundheitsversorgung erbringt.

In Niederösterreich gibt es insgesamt 220 Rettungswachen und 68 Sonderwachen - von Berg-, Wasser-, Höhenrettung bis hin zu Hundestaffeln - und rund 1 700 Feuerwehren. Wir disponieren knapp 700 BLS-Ressourcen, die vor allem den Krankentransport bzw. die niederschwelligen Akuterkrankungen und Verletzungen versorgen. Mittlerweile ist davon ein Teil für die Notfallversorgung herausgenommen worden mit RTWs, die mit Notfallsanitätern besetzt sind und für die rechtlich definiert ist, dass ein Notfallsanitäter auf einem RTW sitzen muss. Ferner gibt es 42 mit Notärzten besetzte Einsatzmittel und drei Notarzt-Hubschrauber, wobei der Notarzt-Hubschrauber in Wien zwei Drittel der Einsätze in Niederösterreich absolviert. Einschließlich der grenznahen Hubschrauber haben wir im Prinzip acht bis zehn Notarzt-Hubschrauber für unsere Region verfügbar. In unserem System sind rund 12 000 Ärzte, auf die wir mehr oder weniger zugreifen können. Niederösterreich rühmt sich auch immer, das Land der Freiwilligen zu sein. Das heißt, der Rettungsdienst ist noch zu einem guten Teil freiwillig besetzt, aber natürlich nicht zu den klassischen Tageszeiten am Montag bis Freitag, sondern eher am Wochenende und in Randzeiten. Es gibt auch knapp 100 000 Feuerwehrmitglieder, die die rund 1 700 Feuerwachen besetzen.



Auf unsere Zeiten sind wir immer ein bisschen stolz: Bei hochzeitkritischen Notfällen haben wir eine Antwortzeit von weniger als fünf Sekunden und eine durchschnittliche Anrufdauer bei Notrufen bis zur Alarmierung von unter einer Minute, bei allen anderen rund 2 Minuten. Die mittlere Eintreffzeit einer BLS-Ressource, also einer Basisversorgungsressource, beträgt knapp 11 Minuten in 95 % der bewohnten Ge-

biete. Diese Zahlen stammen aus dem Jahr 2023.

Wir zählen nicht die Anrufe, sondern die sogenannten Calls & Contacts; denn von unseren über 2 Millionen Kontakten sind zum Beispiel knapp eine halbe Million Online-Anwendungen: Online-Anwendungen für Krankentransport, Online-Anwendungen für Rückrufwünsche für Gesundheitsberatung oder ärztliche Beratung. Wir versuchen also, sehr viel in den digitalen Bereich zu bekommen. Aus den rund 500 000 Krankentransportanrufen resultieren ca. 700 000 bis 800 000 Krankentransporte und eine Gesamtsumme von über 300 000 Notrufen. Daraus resultieren rund 280 000 bis 290 000 Notfallrettungseinsätze von minderschwierig bis ganz hoch.



Wir sind technisch-organisatorisch eine einzige Leitstelle. Unsere gesamte Technik steht in St. Pölten in einem Regierungsgebäude bzw. outgesourced bei Systembereitstellern. Die Telekom ist einer unserer größten Systembereitsteller. Wir haben keine eigenen Server mehr. Wir hosten sehr viel bei Amazon Web Service und bei anderen. Unser Einsatzleitsystem läuft auf Servern, die irgendwo im EU-Raum stehen. Das heißt, wir betreiben eine Leitstelle, die über vier Standorte in den vier Gesundheitsregionen in Niederösterreich verfügt. Die Standortwahl hat natürlich politische Gründe. Ein Aspekt sind auch die Fahrzeiten für die Mitarbeiter. Hinzu kommt die Resilience Awareness: Jetzt steht uns eine Hochwasserlage ins Haus. Wenn der Standort Stockerau überschwemmt wird, dann stehen noch drei andere Standorte zur Verfügung, die dasselbe leisten können und bei denen für die Anrufer und für Disponenten kein Unterschied bestehen soll.



Wir haben schon vor der Pandemie damit begonnen, Homeoffice-Arbeitsplätze einzurichten, und zwar zunächst für das Backoffice und für die Verwaltungstätigkeiten. Wir haben bereits um das Jahr 2015 herum begonnen, die ersten Telefonservices von zu Hause aus zu leisten für Krankentransport-Entgegennahme und Notruf-Entgegennahme. In der Pandemie haben wir Homeoffice natürlich massiv ausgebaut. Das bringt immense Vorteile einerseits für die Mitarbeiter, und andererseits hat man relativ rasch die Möglichkeit, bei einem hohen Anruferkommen Mitarbeiter in Dienst zu stellen. Das heißt, sie müssen nicht irgendwo hinfahren, sondern der Mitarbeiter, der gerade zu Hause verfügbar ist, schaltet einfach seinen Computer ein. Das hat uns während der Pandemie - wir waren die zentrale Meldestelle für jeden Verdachtsfall - wirklich gerettet. Bei Anrufspitzen haben wir innerhalb kürzester Zeit die Zahl von 30 oder 40 Mitarbeitern auf über 120 erhöht. Rund ein Drittel aller Mitarbeiter arbeitet jetzt im normalen Tagesbetrieb regelmäßig im Homeoffice. Voraussetzung dafür ist, dass die datenschutzrechtlichen Vorschriften eingehalten werden und dass die qualitative Leistung des einzelnen Mitarbeiters passt, die auch regelmäßig mit einem Monitoring überprüft wird.

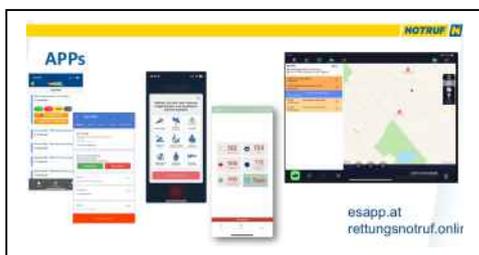


Grundlage für das Monitoring ist, dass wir in allen Bereichen eine standardisierte Abarbeitung eingesetzt haben. Damit kann man auch die qualitativ-fachliche Leistung eines Mitarbeiters messen. So müssen bei der Anmeldung eines Krankentransports immer dieselben korrekten Fragen gestellt werden. Das gilt auch für die Anforderung einer Krisenintervention und auch für Anrufer, die Informationen zu irgendeinem Stauservice haben möchten - bis hin zur klassischen Notrufabfrage und Gesundheitsberatung, bei der wir eine Patientensteuerungs- und Lenkungsrolle haben.



Zur Transparenz: Wir haben sehr viele externe Webservices, wo jede Rettungsdienststelle sieht, welche Transporte für sie vorgeplant sind, welche Ressourcen sie hat und wer im Dienst ist. Für die Bevölkerung ist sichtbar, welcher Arzt gerade Dienst hat. Jedes Klinikum ist mit unseren Systemen verbunden. Jedes Klinikum kann darin sehen, welche Patienten gerade auf dem Weg zu ihm

sind, was gerade mit den Patienten passiert, was bei den Patienten schon dokumentiert worden ist und welches Erkrankungs- bzw. Verletzungsmuster sie haben. Auch sind Information über den Zeitpunkt des Heimtransports enthalten. Auch kann ein Rücktransport für einen ambulanten Patienten angefordert werden. Das erspart natürlich immens Telefonzeit und Arbeitszeit der Mitarbeiter.



Wir stellen auch eigene Apps zur Verfügung. Es gibt eine eigene Einsatzführungs- bzw. Einsatzlenkungs-App, die in jedem Rettungsfahrzeug auf einem Tablet fest verbaut sein muss. Damit werden die Daten hin und her gespielt und wird auch die Patientendokumentation betrieben, die dann auch dem Endversorger zur Verfügung steht. Die App übernimmt auch die

Auswahl des Zielklinikums. Aufgrund des vorliegenden Erkrankungs- bzw. Verletzungsmusters ist definiert, bei welchem Klinikum welche Akutversorgungskapazitäten vorhanden sind, die man dann automatisch buchen kann und die dann für eine gewisse Zeit gesperrt werden. Sperren können darin auch manuell eingetragen werden. Aufgrund des aktuellen Standortes des Patienten wird angezeigt, welche drei Kliniken in der Umgebung zur Verfügung stehen, um den Patienten gut versorgen zu können. Sobald sich ein Klinikum abmeldet, bekommt der Klinikumbetreiber - das ist in Niederösterreich die Landesgesundheitsagentur - sofort eine Information darüber. Darüber hinaus bieten wir auch Apps für die Alarmierung der Einsatzkräfte, aber auch für die Bevölkerung an. Wir haben eine eigene Notruf-App bis hin zu einer App für Gehörlose, über die verschiedenste Services abgewickelt werden können.



Wir setzen seit einiger Zeit auch das System „Emergency Eye“ ein, das im Kundenkommunikationsbereich schon etwas verbreitet ist. Auch einige öffentliche Unternehmen in Deutschland setzen es ein, beispielsweise die Berliner Wasserwerke. Über dieses System kann ich auf das Smartphone zugreifen und den Standort des Smartphones erheben; Video, Audio und Bilder können darüber übertragen werden,

und zwar auch interaktiv. Darüber hinaus bietet dieses System einen Chat in verschiedenen Sprachen über den Google-Übersetzer an. Wir verwenden dieses System einerseits in der Notfallrettung, aber auch zum Beispiel für Beratungsgespräche mit einem Telemediziner oder mit unseren Nurses, die Gesundheitsberatung durchführen.



Zum Stichwort Fachkräftemangel: In Österreich haben wir zwar die höchste Medizinerdichte. Die Mediziner sind aber an den falschen Stellen - im privaten Bereich und nicht im öffentlichen Gesundheitswesen. Von der Politik wird alles versucht, sie wieder dorthin zu bekommen. Bis es so weit ist, versuchen wir, andere Lösungen zu finden.

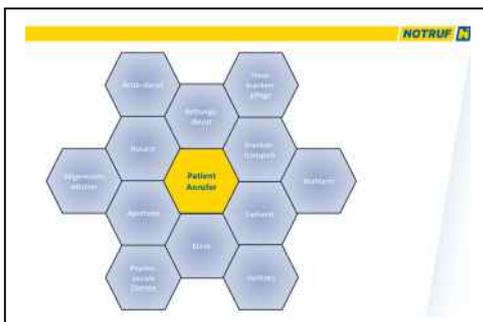


Unsere Vision ist, dass wir viel mehr als eine Gesundheitsleitstelle sein müssen, um den Anforderungen gerecht zu werden. Dabei sehen wir uns in der Rolle des Gatekeepers oder besser des Gate-Openers für das Gesundheitswesen.



Alle Telefonnummern in Niederösterreich, die im Entferntesten etwas mit Gesundheit zu tun haben - bis zu den einzelnen Rufnummern der Ordinationen -, führen zu uns. Nicht die Wahl der Nummer entscheidet über die Art der Hilfe, die der Anrufer bekommt, sondern der Experte, der im Hintergrund sitzt und eine Triage vornimmt und so eine Patientensteuerung durchführt.

2017 wurde damit begonnen, in Österreich flächendeckend die Rufnummer 1450 einzuführen zusätzlich zu den Rufnummern 141 und 116117, wo man versucht, auf niedrigstschwelliger Ebene Leute zu beraten verbunden mit einer Dringlichkeitseinschätzung, wohin sie sich wenden sollten, das heißt: zum best point of service. Das können viele Bereiche sein.



Etwas vereinfacht dargestellt, steht der Patient bzw. der Anrufer im Gesundheitssystem in der Mitte. Die klassische Leitstelle kann dem Patienten den Rettungsdienst schicken, vielleicht ergänzt mit einem Notarzt. In manchen Bereichen steht der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst zur Verfügung. Der Krankentransport gehört auch dazu.



Unser Ansatz ist aber: Wir haben die Möglichkeit, den Patienten in das gesamte Gesundheitssystem zu überweisen oder, verbunden mit einer Dringlichkeitseinschätzung, zu empfehlen, dass es ausreicht, das Problem erst bei der nächsten Regeluntersuchung ansehen zu lassen, und dass es beispielsweise nicht nötig ist, am Wochenende einen Arzt aufzusuchen.



Wir haben auch die Möglichkeit, in den Bereich der psychosozialen Dienste zu schicken, weil das medi-

zinisch vorherrschende Problem oft aus einer psychosozialen Notlage herrührt und man versuchen muss, das Problem mit dem Zugriff auf Akutsozialarbeit zu beheben.

Diese Vision bedeutet einen neuen Kurs und neu zu denken.



Völlig unabhängig davon, aus welcher „Wolke“ der Anruf kommt, wird durch einen ausgebildeten Notrufexperten beurteilt, ob wirklich ein Notfall vorliegt, der der dann in den Bereich des Rettungsdienstes geht.

Wenn es kein Notfall ist, haben wir die Möglichkeit, den Patienten innerhalb der Leitstelle zu einer diplomierten Pflegekraft mit einer Sonderausbildung weiterzuleiten,

die ein im Durchschnitt 14 Minuten dauerndes Beratungsgespräch führt, das dann einen oder mehrere Ausgänge hat. Die diplomierte Pflegekraft versucht, für den Anrufer einen passenden Weg zu finden: in den Bereich der Niedergelassenen, im Bereich der psychosozialen Dienste, manchmal zwangsläufig das Klinikum, weil in einer dünn besiedelten Region am Samstagnachmittag keine Niedergelassenen zur Verfügung stehen. Wenn eine Dringlichkeit von vier Stunden an einem Samstagnachmittag besteht, bietet das Krankenhaus die einzige Versorgungsmöglichkeit.



Wir haben mittlerweile das System der Acute Community Nurse etabliert, für das wir uns auch Ideen aus Oldenburg, aus Skandinavien und aus den USA geholt haben. Im Augenblick befinden wir uns dabei noch in der Pilotphase. Dabei sind zwei Berufsbilder in einer Person in einem Fahrzeug vereinigt, nämlich Notfallsanitäter in der höchsten Ausbildungsstufe und gleichzeitig

diplomierte Pflegekraft in Personalunion, die versucht, die Primärversorgung zu übernehmen. Das bedeutet nicht, den Hausarzt auszuspielen und auch nicht den Pflegedienst auszuspielen, sondern die Acute Community Nurse soll dann zum Einsatz kommen, wenn andere nicht verfügbar sind. Wir führen seit 2017 Gesundheitsberatung durch. Wir haben damals den Anrufern gesagt: Es reicht aus, wenn Sie sich in den nächsten zwölf Stunden medizinisch begutachten lassen. - Aber in den nächsten zwölf Stunden kann man den Anrufer zu bestimmten Zeiten nur ins Klinikum schicken. Das heißt, das, was wir vorher gemacht haben, war eigentlich unsinnig, wir hätten den Anrufer gleich ins Klinikum bringen können.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Findet man denn diese hochqualifizierten Personen für diese Arbeitszeiten?

Stefan Spielbichler: Ja, aber das ist natürlich nicht einfach.

Dr. Christian Fohringer: Man muss den Beruf attraktiv machen. Die Attraktivität ist wahrscheinlich die Kombination aus Notfallrettung und Akutpflege bzw. Akutversorgungsauftrag. Man muss quasi eine Balance zwischen beiden Einsätzen finden. Sehr viele Mitarbeiter aus Krankenhäusern bewerben sich bei uns mit der Motivation, dass sie bei uns extrem flache Hierarchien haben und in dem Setting, in dem sie unterwegs sind, allein verantwortlich tätig sind, ohne in einem sehr starren, einengenden Rahmen arbeiten zu müssen.

Dr. Nicole Kordina: Hinzu kommt: Sie fahren vom Katheterwechsel zur Kinderreanimation und wieder retour. Die Bandbreite der Einsätze ist sehr abwechslungsreich.

Stefan Spielbichler: Der „Teich“, in dem wir fischen, ist natürlich sehr klein. Die Leute müssen Notfallsanitäter sein und über ein Diplom in der Gesundheits- und Krankenpflege verfügen.

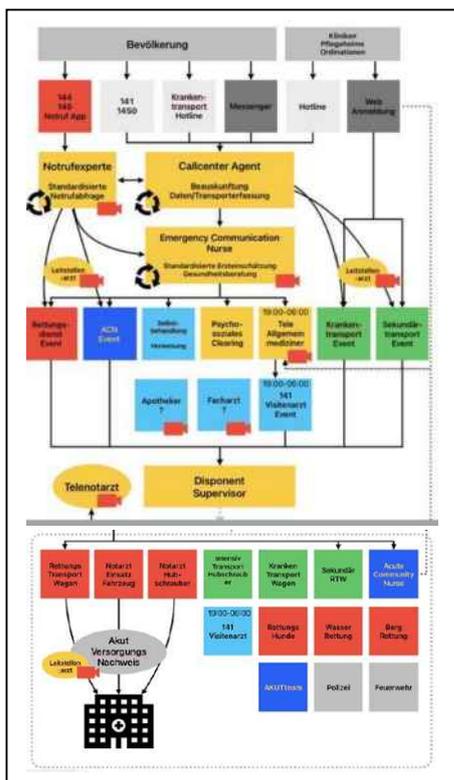
Dr. Nicole Kordina: Notwendig sind auch langjährige Erfahrungen.

Dr. Christian Fohringer: Wir haben durchaus Herausforderungen, ausreichend Mitarbeiter für diesen Service zu finden. Nach meinem Eindruck ist die Zufriedenheit der Mitarbeiter bei dieser Arbeit grundsätzlich sehr hoch, weil auch von Patientenseite sehr viel Positives und Dankbarkeit dafür, dass Probleme vor Ort lösbar sind, zurückkommt.

Stefan Spielbichler: Das Personalproblem mit Geld zu erschlagen, wäre wahrscheinlich das einfachste gewesen. Das bringt aber nichts, wenn man den Kliniken einfach das Personal wegnimmt. Diese Mitarbeiter verdienen bei uns dasselbe wie jemand, der als Diplomierter im Klinikum mit einer Sonderausbildung arbeitet.

Dr. Nicole Kordina: Wir tolerieren auch, dass sie weiterhin 20 Stunden im Klinikum arbeiten und nicht ausschließlich in Vollzeit bei uns.

Dr. Christian Fohringer: In dem folgenden Diagramm haben wir versucht, unseren Workflow abzubilden.



Wir haben zwei große Gruppen, die versuchen, uns zu erreichen: die Bevölkerung und andere Gesundheitsdienstleister, zum Beispiel Pflegeheime, Krankenhäuser und Ordinationen.

Die Bevölkerung hat unterschiedliche Varianten, uns zu erreichen. Die Rettungsleitstelle wird über den Notruf 144 erreicht, wo der Anruf von einem Notrufexperten angenommen wird, der eine standardisierte Notrufabfrage abarbeitet.

Damit das funktioniert, müssen wir wissen, was da im Untergrund passiert und was die Mitarbeiter machen. Alle Mitarbeiter, die wesentliche Entscheidungen treffen, werden monitort. Alle Telefonate werden aufgezeichnet. Bei jedem Mitarbeiter in jeder Fachdisziplin wird eine bestimmte Anzahl an Gesprächen randomisiert und rückgehört, vom Mitarbeiter des Qualitätsmanagements bearbeitet und eingestuft. Die Mitarbeiter werden benotet und erhalten dann ein entsprechendes Feedback. Wenn die Mitarbeiter nicht entsprechend

performen, bekommen sie eine Nachschulung. Das kann im seltenen Einzelfall so weit führen, dass wir uns von einzelnen Mitarbeitern trennen, die die Qualitätsstandards nicht erfüllen. Wenn wir diese Qualitätsstandards nicht haben, dann können wir auch nicht steuern. Denn

wenn wir wollen, dass der Notrufexperte bestimmte Rettungsnotrufe nicht mit einem Rettungsfahrzeug beantwortet, sondern zur telefonischen Gesundheitsberatung abschiebt, dann wollen wir sichergehen, dass diese Entscheidung korrekt ist und dass der Mitarbeiter nach den Vorgaben, die wir ihm gegeben, gehandelt hat. Anderenfalls können wir uns das Ganze sparen und stehen wahrscheinlich zweimal in der Woche irgendwo vor einem Gericht, weil etwa jemand einen Herzinfarkt erlitten hat. Denn auch, wenn wir so arbeiten, heißt das nicht unbedingt, dass 100 % der Anrufer damit glücklich sind. Es gibt ja auch viele Anrufer, die ohnehin selber wissen, was sie brauchen. Aber das System kann sonst nicht funktionieren.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Das ist sicherlich eine schwierige Arbeit, diese Anrufe entgegenzunehmen und dann Entscheidungen zu treffen. Machen Sie das nur über Standards?

Dr. Christian Fohringer: Ja, ausschließlich. Die Mitarbeiter am Notruf haben in Wirklichkeit ganz wenig Möglichkeiten, selbstständig sogar eigene Worte zu finden. Wir geben nahezu fertige Sätze und Formulierungen, im Grunde genommen alles relativ strikt vor. Das klingt jetzt vielleicht eigenartig, aber die Mitarbeiter, die bei uns länger arbeiten, wünschen sich das auch so. Wir haben Mitarbeiter, die aus privaten oder sonstigen Gründen in andere Leitstellensysteme gewechselt sind, aber dann zum Teil wieder zurückkommen, obwohl sie längere Arbeitswege haben, weil sie es nicht aushalten, alles freihändig entscheiden zu müssen ohne Rückendeckung vom Unternehmen. Das ist auch ganz wichtig. Wenn der Mitarbeiter seine Entscheidung gemäß den Vorgaben trifft, die wir festlegen, dann steht die Firma hinter ihm und sagt: Er hat genau das gemacht, was wir von ihm verlangen. - Wenn das System einen Fehler gemacht hat, dann ist das unser Fehler. Der Mitarbeiter kann sich darauf berufen, dass er die Vorgaben eingehalten hat. Wir müssen dafür sorgen, dass die Vorgaben richtig sind. Dadurch haben wir die Möglichkeit, aus dem Notruf entweder ein Rettungsdienst-Event machen zu können - das heißt, es wird ein Rettungswagen disponiert - oder zur telefonischen Gesundheitsberatung abzutragieren. Die telefonische Gesundheitsberatung kann man natürlich, wie schon erwähnt, über andere Rufnummern erreichen: 141 oder 1450. Es gibt den Krankentransport mit unterschiedlichen Hotlines. Man kann uns mittlerweile über Messenger-Systeme erreichen: über WhatsApp, Facebook, Messenger, Telegram usw. Das läuft alles bei einem Callcenter-Agent zusammen, der aus diesem Konvolut an Nicht-Notrufgesprächen entweder die Beaufkennung entsprechend so gibt, dass der Anruf beendet ist, einen Krankentransport aufnimmt, das an die telefonische Gesundheitsberatung weiterleitet oder, falls sich ein Notruf dorthin verirrt, auch an den Notrufmitarbeiter weiterleitet.



Speziell unsere telefonische Gesundheitsberatung hat unterschiedliche Ausgänge. Unser liebster Ausgang ist: Wir können am Telefon das Anliegen erledigen und fallabschließend handeln. Das ist oft möglich, aber nicht immer. Der Callcenter-Agent kann natürlich aus der telefonischen Gesundheitsberatung einen Rettungswagen schicken oder unsere Acute Community Nurse schicken. Den Fall der Selbstbehandlung hatte ich auch schon erwähnt.

Ganz wichtig ist das psychosoziale Clearing. Seit der Pandemie - in Wirklichkeit aber schon vorher - merken wir einen unfassbaren Anstieg an Notfällen oder Pseudo-Notfällen, bei denen in Wirklichkeit eine psychosoziale Notlage im Hintergrund besteht. Wir haben aktuell nicht die Strukturen, mit dieser Menge an Fällen fertigzuwerden. Unsere psychiatrischen Abteilungen

sind völlig überlastet. Es gibt kaum Akutsozialarbeit. Es gibt kaum Psychologen. Wir haben im Haus ein eigenes Team, das psychosoziale Akut-Team, bestehend aus Sozialarbeitern und Psychologinnen und Psychologen, die 24 Stunden für ein telefonisches Clearing erreichbar sind, aber in speziellen Situationen auch vor Ort kommen und direkt intervenieren können.

Stefan Spielbichler: Das geschieht auch zeitnah. Wenn der Rettungsdienst vor Ort ist, kann er einen Sozialarbeiter oder einen Psychologen oder Psychotherapeuten nachfordern.

Dr. Christian Fohringer: Wir haben von 19 bis 6 Uhr jeden Tag einen Tele-Allgemeinmediziner, der am Telefon und seit Kurzem auch über Videotelefonat eine entsprechende Telekonsultation anbietet und in Kürze auch ein elektronisches Rezept ausstellen kann und in der Situation auch ganz viele Erkältungsfälle fallabschließend bearbeiten kann. Ich bettele gerade bei der Politik darum, um diesen Service auch tagsüber anbieten zu können, damit wir das finanziert bekommen. Die größte Wirkung bei den Nicht-Notfallpatienten, um das fallabschließend telefonisch abschließen zu können, hat sicherlich die Anwesenheit eines Tele-Allgemeinmediziners. Die Nurses machen eine gute Arbeit, können aber natürlich nur bis zu einem gewissen Grad die Situationen abschließen. Wenn man wirklich ein gut funktionierendes Tele-Allgemeinmedizinsystem hat, kann man ganz viele Konstitutionen auf dieser Ebene abschließen. Das ist eines der Dinge, die wir gelernt haben und die ich Ihnen auch so mitgeben kann.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Wie finanzieren Sie den Notfallsanitäter und die Acute Community Nurse?

Dr. Christian Fohringer: Auch in Österreich wird das Gesundheitssystem nicht aus einer Hand finanziert. Die Rettungsleitstelle über den Rettungsdienst-Notruf 144 wird überwiegend vom Land Niederösterreich finanziert. Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 mit den Nurses wird über eine §-15-a-Vereinbarung mit Bund, Länder und Sozialversicherungen finanziert. Das heißt, ein Drittel Bund, ein Drittel die jeweiligen Bundesländer und ein Drittel die Sozialversicherungen. Der Tele-Allgemeinmediziner wird zum Teil vom Land Niederösterreich und zum Teil von der österreichischen Gesundheitskasse finanziert. Der Tele-Allgemeinmediziner, den ich tagsüber haben will, wird vielleicht über den Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds finanziert. Das Akut-Team für das psychosoziale Clearing werden von der Landesregierung finanziert, aber von einer anderen Abteilung als alle anderen.

Die Finanzierung ist also komplex. Eines unserer Erfolgskonzepte besteht darin, dass wir versuchen, diese Dinge trotzdem zusammenzuführen, obwohl es so viele unterschiedliche Träger gibt, die mitunter gar kein Interesse haben, dass wir jetzt Leistungen verschränken. Beispielsweise der Call-Taker wird von ganz vielen Leistungen finanziert, aber er hat keinen Hut auf. Er führt rund 200 Gespräche in seiner 12-Stunden-Schicht. Das kann man nicht prozentual auf die verschiedenen Kostenträger aufteilen. Die große Kunst besteht darin, auch immer zu vermitteln, dass die Gesamtsumme, so wie wir es betreiben, insgesamt deutlich günstiger ist, als wenn man diese Einzelsysteme sozusagen stand alone finanzieren würde.

Stefan Spielbichler: Ein Beispiel: Über die Finanzierung der Acute Community Nurse gab es lange Diskussionen. Das war aber eine relativ einfache Rechnung: Ein Patient, der ins Krankenhaus kommt, kostet durchschnittlich 800 bis 1 000 Euro. Wir hatten im vorigen Jahr, als wir erst an fünf Standorten tätig waren, 8 800 Interventionen, davon konnten 5 500 Patienten adäquat zu

Hause versorgt und belassen werden. Multiplizieren Sie mal diese Zahl der Patienten mit 1 000 Euro! - Wohlgermerkt bezog sich das nur auf fünf Standorte.

Dr. Christian Fohringer: Die Finanzierung der Krankenhausambulanz ist aber gedeckelt. Das heißt, dieser Beitrag schlägt eigentlich finanziell nirgends durch. Er ist nur für den Patienten interessant, dass er nicht ins Krankenhaus muss, und für das Krankenhaus, dass es nicht die Arbeitsleistung hat. Finanziell spielt das aber in der aktuellen Finanzierung der Krankenhausambulanz keine Rolle. Darum muss man auch immer beachten, welches Interesse eigentlich welcher Kostenträger für welches System hat.

Ich möchte noch kurz auf die Ordinationen in Pflegeheimen und Kliniken zu sprechen kommen. Unser Bestreben ist, dass wir mit diesen Einrichtungen nicht mehr telefonieren. Wir wollen mit denen nicht telefonieren. Das ist unsere Telefoniezeit, und das ist die Telefoniezeit des Gegenübers, und jedes Telefonat birgt immer das Risiko, dass man Dinge missversteht, dass man Dinge falsch auffasst und dass sich dann zwischenmenschliche Probleme ergeben. Wir hätten gerne, dass wir digital kommunizieren, dass alle Anforderungen, die von diesen Einrichtungen an uns kommen, digital eingemeldet werden. Das funktioniert natürlich nur dann, wenn die Systeme so ausgelegt sind, dass auch die Ordinationen das wollen. Das heißt, es muss auch für das Krankenhaus, für das Pflegeheim und für die Ordination eine Zeitersparnis und eine Organisationersparnis sein, das so zu machen. Insofern besteht die Kunst darin, die Systeme so zu designen, dass das für die Einrichtungen keinen Mehraufwand bedeutet, sondern auch für die Krankenhäuser eine Erleichterung bewirkt. Wenn man unsere Schnittstellen in die Krankenhaus-Informationssysteme implementiert, sodass Dinge, die dort als Information schon vorhanden sind, nicht noch einmal neu eingegeben werden müssen, dann funktioniert das. Wir ersparen uns aktuell 500 000 Telefonate im Jahr durch die Schnittstellen. Wir werden das jetzt noch sukzessive auf alle Ordinationen erweitern. Das ist eigentlich die einzige Möglichkeit, noch ein bisschen an der Kostenschraube zu drehen, weil man dann einfach auch weniger Mitarbeiter für Telefonate benötigt.

Wichtig ist, dass bei uns die Mitarbeiter, die Notrufe, Telefonate usw. annehmen, niemals selber disponieren. Wir haben die Notruf- und Anrufbearbeitung strikt von den Disponenten oder Supervisoren getrennt, die Ärzte, Rettungsdienste oder Hubschrauber nach draußen alarmieren. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe: Erstens ist die Ausbildung fokussiert. Zweitens können wir nur so gewährleisten, dass wir im Notrufbereich tatsächlich lebensrettende Sofortmaßnahmen ohne Ablenkung anleiten können, während parallel der Rettungsdienst alarmiert wird. Es ist bei uns Standard, dass bei jedem erkannten Kreislaufstillstand der Anrufer aufgefordert wird, eine Herzdruckmassage durchzuführen. Es kommt nicht vor und ist ein Punkt, den wir monitieren, dass jemand einen Kreislaufstillstand beobachtet und wir nicht anleiten. Das ist völlig undenkbar. Jemand, der Reanimation anleitet, kann nicht parallel einen RTW oder Hubschrauber alarmieren. Aus diesem Grund trennen wir das sehr strikt und führen auch die Ausbildungen entsprechend parallel.

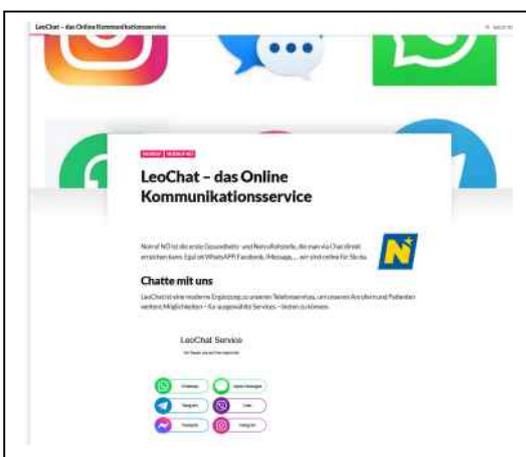
Unsere Telefonie ist ein bisschen anders als das, worüber Leitstellen in Deutschland üblicherweise verfügen. Das ist näher an einem Callcenter-System. Wir haben das System so aufgesetzt, dass sich der jeweilige Mitarbeiter, wenn er seinen Arbeitsplatz zu Schichtbeginn betritt, in unser Telefonie-System einloggt mit der entsprechenden Funktion, die er an diesem Tag ausübt. In unserem System sind sie dementsprechend aufgeführt: Call-Center-Agents, die keine Notrufe entgegennehmen, die Mitarbeiter, die Notrufe entgegennehmen, die Nurses, die Disponenten

und der Supervisor. Das System erkennt, wer gerade was macht: „ready“ zeigt an, welche Mitarbeiter gerade verfügbar sind. „talking“ zeigt an, welche Mitarbeiter gerade sprechen. „not ready“ bedeutet, dass der betreffende Mitarbeiter eine Nachbearbeitung durchführt, eine Pause macht usw. Unsere Telefonanlage stellt den Anruf an einen Mitarbeiter zu. - Das heißt, es läuten nicht 15 Telefone und derjenige, der die Nerven verliert, hebt ab. - Von den Mitarbeitern, die „ready“ sind, bekommt durch einen bestimmten Algorithmus im Hintergrund der geeignetste Mitarbeiter den Anruf. Der weiß, dass er abheben muss und dass er keine Alternative hat. Dadurch erreichen wir diese kurzen Beantwortungszeiten, weil der betreffende Mitarbeiter weiß, dass es „sein“ Anruf ist.

Diese Übersicht im System ist in der Leitstelle für alle Mitarbeiter verfügbar. Jeder Mitarbeiter sieht also, wie viele Gespräche alle anderen bereits geführt haben, wie viele Gesprächszeiten alle anderen bereits hatten. So nivelliert sich auch ein bisschen die Pausenregelung zwischen den Mitarbeitern selber. Wir haben keine formal gültigen Pausenregelungen, sondern die Mitarbeiter nutzen dieses Tool auch dafür, um zu schauen, ob viel los ist. Dann können sie nicht in die Pause gehen. Wenn wenig los ist, kann man in der Leitstelle durchaus Pause machen. Die Kollegen schauen ganz genau, wie lange jemand weg ist; denn das ist ja sichtbar. Dieses System schafft für alle eine faire Balance zwischen Pausenzeit und Arbeitszeit und gewährleistet, dass jederzeit ausreichend Mitarbeiter am Telefon zur Verfügung stehen.

Wir führen auch ein Monitoring der Wartezeiten durch. Wir sehen also auch, wie lang die längste aktuelle Wartezeit auf eine Gesprächsannahme ist. Im Hintergrund haben wir auch ein System von spezifischen Betriebszuständen der Leitstelle in unterschiedliche Abstufungen, bei denen wir in Situationen, in denen wir einen erhöhten Anrufaufwand haben, bestimmte Codes schalten können. Der niedrigste ist Code yellow; dann wird der Bildschirm im Hintergrund gelb. Dann bekommen alle auf dem Pager einen Alarm. Das bedeutet: sofortige Arbeitsbereitschaft, Pausen einstellen, jeder geht zu seinem Platz, jeder stellt seine Arbeitsbereitschaft her, um auch bei unvorhergesehenen Anruferlasten sehr rasch hochskalieren zu können.

Stefan Spielbichler: In dem System sind diejenigen Mitarbeiter, die im Homeoffice arbeiten, mit einem „H“ gekennzeichnet. Mit „E“ sind jene gekennzeichnet, die die Notrufabfrage auf Englisch durchführen können. Mit „F“ sind diejenigen Mitarbeiter gekennzeichnet, die zusätzlich die Ausbildung für die standardisierte Notrufabfrage für das Feuerwehrwesen absolviert haben. Mit „C“ ist in diesem Augenblick die Kollegin gekennzeichnet, die der Single Point of Contact für alle Chatfunktionen ist.



Auf der Seite www.leo.chat.at haben wir einen Chatbot laufen, bei dem die Leute beispielsweise über Facebook, Instagram, Telegram, WhatsApp oder Viber einen Krankentransport buchen oder die Öffnungszeiten von Arztordinationen, von Apotheken usw. erfahren können. Das macht bis zu einem gewissen Grad der Chatbot. Ab einer gewissen Ebene wird die Kollegin aktiv. Zum Beispiel beim Krankentransport führt diese Kollegin die letzte Übernahme in das Leitsystem und die weitere Planung durch. Wenn gerade kein Chat läuft, telefoniert sie normal mit. Wenn ein Chat läuft,

stellt sie sich in der Telefonie auf „not ready“. Sie hat eine Oberfläche für alle Chatplattformen. Sie sieht nur an einem Kennzeichen, ob sich jemand über Facebook oder über WhatsApp meldet.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Wie oft wird das missbraucht?

Dr. Christian Fohringer: Nur sehr wenig. Es sind nicht mehr unangenehme Kontakte, als sie auch am Telefon vorkommen. Man muss wie beim Telebanking über eine SMS die eigene Telefonnummer verifizieren. Mittlerweile werden jedes Jahr Zehntausende Krankentransporte von der Bevölkerung bestellt. Spannenderweise bestellen sich auch Personen aus älteren Jahrgängen Krankentransporte.

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Wie sehr sind Sie eigentlich auf Regionalität angewiesen? Könnten Sie als Notruf Niederösterreich auch für ganz Österreich oder auch für ganz Europa tätig werden? Ist es also gleichgültig, wo Sie sich befinden?

Stefan Spielbichler: Wir führen auch die Gesundheitsberatung in der Nacht für Tirol und standardmäßig beispielsweise für Kärnten rund um die Uhr durch.

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Kombinieren Sie das mit der Polizei und der Feuerwehr?

Stefan Spielbichler: Leider nicht. Das ist völlig getrennt. Wir könnten das auch für die Feuerwehr übernehmen, machen das aber nicht. Das ist historisch gewachsen bzw. liegt an den Befindlichkeiten. Die Polizei und die Feuerwehr unterhalten also parallele Systeme. Wir versuchen seit sehr langer Zeit, standardisierte Schnittstellen mit der Feuerwehr und der Polizei zu etablieren. Das ist immer an den Partnern gescheitert, die zum Teil sehr langwierige Umstellungen in ihren Einsatzleitsystemen haben.

Dr. Christian Fohringer: „Umstellung“ ist gut! Die Polizei hat vor drei Jahren ein Einsatzleitsystem bekommen. Bis dahin hatte sie keines.

Stefan Spielbichler: Bei der Polizei war das früher wie bei uns auf Bezirksebene. Erst jetzt hat sie eine neue Leitstellenstruktur eingeführt. Das Problem ist, dass es im Moment keine technische Möglichkeit gibt, daran anzudocken. Wir haben aktuell acht Stunden netto Telefoniezeiten am Tag mit der Polizei, weil wir noch keine Schnittstelle haben. Wir arbeiten aber daran. Natürlich könnten wir auch den Feuerwehr-Notruf mit übernehmen. Wir bräuchten dafür nicht einen einzigen Mitarbeiter mehr einzustellen. Aber es ist im Moment das Selbstverständnis der Feuerwehr, das selber zu machen.

Dr. Christian Fohringer: In Niederösterreich gibt es 60 000 Feuerwehreinsätze im Jahr. So viele Einsätze haben wir in einer Woche!

Stefan Spielbichler: In Österreich gibt es vier Notrufe. Der Notruf 112 läuft leider bei der Polizei auf. Das stört uns aktuell nur immer wieder peripher, wird aber in Zukunft ein großes Problem. 144 ist der Rettungsnotruf für ganz Österreich. 133 ist der Polizei-Notruf für ganz Österreich. 122 ist der Feuerwehr-Notruf für ganz Österreich. Der Notruf 122 ist der Euro-Notruf, der aktuell in den Landespolizeileitstellen aufläuft. Das Problem ist: Der Euronotruf verbreitet sich zusehends in den Köpfen der Bevölkerung. Alle automatisierten Notrufe laufen über die Notrufnummer 122. Es ist aber sehr viel mehr Medizinisches dahinter als nur für die Polizei. Trotzdem läuft

das bei der Polizei auf. Die Polizei muss damit umgehen. Sie führt aber nicht angeleitete Reanimation durch, sondern versucht, den Ruf umzustellen oder gibt uns die Adresse mit dem Hinweis, dass dort jemand umgefallen ist. Durch die aktuelle Umsetzung der Notruf-Nummer 112 verlieren wir insofern an Qualität. Daran müssen wir arbeiten, und das ist auch im Prozess.

Im Jahr 2023 haben wir die Anzahl der Notarzteinsätze in Niederösterreich um fast 30 % dadurch reduziert, dass wir durch die standardisierte Notrufabfrage sehr intensiv an unserer Ausrückordnung gedreht haben. Dadurch, dass wir die Dokumentation selber zur Verfügung stellen, haben wir jeden einzelnen Einsatzcode anonymisiert mit den Metadaten aus der Dokumentation gematched, zu jedem einzelnen Code ausgewertet, wie viele notärztliche Maßnahmen wirklich dahinterliegen und durchgeführt werden, und in Kombination mit den neuen Möglichkeiten, die die Notfallsanitäter haben, die Ausrückordnung völlig neu designed. Das Ergebnis sind 30 % Reduktion der Notarzteinsätze.

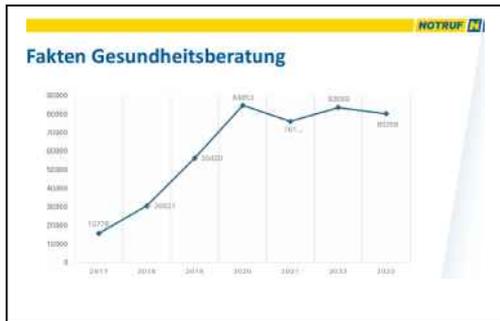
Abg. **Christian Calderone** (CDU): Führen Sie auch eine Evaluation Ihrer Notarzteinsätze durch? Wenn ja, wie?

Stefan Spielbichler: Ja, und zwar über die Dokumentation. Wir wissen, was hinter jedem Einsatz liegt. Wir sehen, welche Maßnahmen bei welchem Einsatz des Rettungsdienstes vom Notarzt durchgeführt werden, und wir sehen auch die Anmeldediagnose im Krankenhaus. Daraus machen wir, wie treffsicher unsere Alarmierungsdiagnose war. Diese Evaluation läuft nicht vollautomatisch. Wir müssen uns das natürlich ansehen, aber die Auswertungen laufen automatisch. Die Interpretation ist natürlich eine ärztliche Angelegenheit.



Ich möchte noch einmal auf die standardisierten Systeme zurückkommen. Das Ganze ist wirklich nur möglich, wenn man standardisierte, international anerkannte Systeme einsetzt. Es gibt für alle Bereiche anerkannte Systeme, die weltweit tausendfach in Leitstellen eingesetzt werden. Der Kreis der Hersteller ist nicht groß. Es gibt ein paar Hersteller, die das wirklich gut können und wirklich gut machen.

Nur, das reine Einsetzen ist nicht die Lösung, sondern wichtig ist die qualitätsgesicherte Überprüfung. Für die Systeme, die wir einsetzen, kann man sich als Accredited Center of Excellence zertifizieren lassen. Das heißt, mindestens 95 % der Gespräche sind fachlich und inhaltlich richtig. Weniger darf es nicht sein. Das heißt, in 5 % der Gespräche kann man einen Fehler machen. Wenn man mehr Fehler hat, ist man nicht mehr ein Center of Excellence. Wenn man das hat, kann man ganz problemlos, wie schon erwähnt, bei einem Notruf sagen: Der geht jetzt in die Selbstbehandlung. Versuchen Sie mal das, was die Oma früher wusste! Wenn es schlimmer wird, dann rufen Sie wieder an! - Wenn man die Zertifizierung nicht hat, kann man das nicht machen.



Mit der Gesundheitsberatung sind wir im Jahr 2017 gestartet. Zu Beginn war es mit etwas mehr als 16 000 Beratungen noch eher ruhig. Mittlerweile sind wir in dem Bereich zwischen 80 000 und 90 000 Gesundheitsberatungen in einem Jahr, heutzutage eher bei 90 000. Das verdanken wir auch ein bisschen der Pandemie. Die beste Werbung für die Rufnummer für die Gesundheitsberatung 1450, die massiv mit viel Geld beworben ist, war die Pandemie; denn 1450 war für ganz Österreich die Meldenummer für COVID-Verdachtsfälle. Wir haben den COVID-Verdachtsfall angenommen, aber die Anrufer waren ja krank und haben auch die Gesundheitsberatung genutzt. Der Anrufer hat den Verdachtsfall gemeldet, wir haben das an die Behörde weitergemeldet, aber haben trotzdem auch die Gesundheitsberatung. Zusätzlich gab es Marketingmaßnahmen. Die Folge war, dass

die Zahl der Anrufe bei der Nummer 1450 von gut 10 000 im Jahr 2017 stetig auf knapp 500 000 im Jahr 2022 angestiegen ist.

Zu Beginn waren rund 73 % aller Anrufe bei der Nummer 1450 Beratungen. Der Rest waren Auskünfte zu Apotheken usw. 2022 waren es rund 10 %. Mittlerweile betreffen wieder rund 60 % aller Anrufe bei der Nummer 1450 Gesundheitsberatung. Die Pandemie hatte zu dieser Entwicklung geführt. Es ist sehr positiv, dass wir aus diesem Bereich die Patienten wirklich steuern können.

Knapp die Hälfte der Patienten steuern wir in den Niedergelassenen-Bereich. Die meisten Anrufer fragen wir zum Schluss: Was hätten Sie getan, wenn Sie jetzt nicht die 1450 angerufen hätten? - Die Antwort war oft: Ich wäre ins Krankenhaus gefahren! - Bei rund einem Viertel der Anrufe haben wir den Rettungsdienst geschickt. Denn genauso viele Leute, die ihre Krankheit überschätzen, unterschätzen sie auch. Das passiert natürlich auch. Der Anteil der Anrufer, die wir zum Krankenhaus schicken, ist deswegen so groß, weil wir in diesem Land und in den Regionen noch immer das strukturelle Problem haben, wohin wir die Leute schicken können. Wir versuchen, dem mit der Acute Community Nurse und anderen Maßnahmen gegenzusteuern.



Da in Österreich alles über die E-Card abgewickelt wird, ist auch eine gute Auswertung möglich. Wir melden an den Sozialversicherungsträger, wohin wir die Leute geschickt haben. Dort wird auch nachverfolgt, ob die E-Card dort zur Verrechnung gesteckt worden ist und ob sich die Leute an die drei ausgewählten Empfehlungen - ärztliche Behandlung innerhalb eines Tages, innerhalb der nächsten ein bis drei Tage oder innerhalb von 14 Tagen - auch halten. Ergebnis ist:

Die Befolgungsrate liegt bei über 80 %.

Dr. Christian Fohringer: Der nächste große Schritt, den wir hoffentlich schaffen werden, besteht darin, dass wir den Anrufern bzw. Patienten einen verbindlichen Termin in einer Ordination zusagen könnten. Das wäre für sie extrem wichtig. Im Moment können wir das noch nicht, weil wir nicht an die Systeme der Ordinationen angebunden sind. Es gibt jetzt von der Sozialversicherung und den entsprechenden IT-Firmen im Hintergrund einen Anlauf, eine Meta-Buchungsplattform für die Ordinationen zu entwickeln. Das wird nicht gleich morgen möglich sein, aber das ist der nächste logische Schritt, der eigentlich notwendig ist, um eine verzahnte Versorgung wirklich sicherzustellen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): In Deutschland gibt es ähnliche Bestrebungen. Über den Patientenservice 116117 kann man auch Termine bei Fachärzten buchen. Dafür wird ein bestimmtes Kontingent freigehalten. Zum Teil muss man auch in Deutschland ewig auf einen Termin beim Facharzt warten. Besteht nicht die Gefahr, dass die Leute animiert werden, Ihr Notrufsystem auch dafür zu nutzen? Oder verstehen Sie sich auch als Servicestelle bzw. wollen das werden? In Deutschland ist das schon mal ein bisschen schiefgegangen.

Stefan Spielbichler: Vorher findet ja immer erst die Gesundheitsberatung statt. Ein Anrufer bekommt den Termin nur dann, wenn er ihn wirklich benötigt. Er kann nicht einfach sagen, dass er am nächsten Tag einen Termin benötigt.

Dr. Christian Fohringer: Aber Sie haben grundsätzlich recht. Die Idee besteht auch darin, vielleicht zusätzlich eine zentrale Terminservicestelle einzurichten. Das alles kann man vielleicht hinter dieser Nummer 1450 machen. Dann muss man das aber sauber trennen, indem derjenige, der einen Routinetermin beim Augenarzt haben möchte, vorher abzweigt und alle anderen die Gesundheitsberatung bekommen. Ich würde es bevorzugen, dass man die Termine auch oder überwiegend online buchen kann. Auch im Restaurant werden Bestellungen heutzutage nicht per Telefon, sondern online aufgegeben. Für den Großteil der Bevölkerung wird das der einfachere Weg sein. Für diejenigen, die das nicht schaffen, muss man natürlich die telefonische Möglichkeit vorhalten. Aber ich glaube, dass viele auch mit einer guten elektronischen Variante sehr glücklich werden.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Wie sind die Auswirkungen auf die Notaufnahmen in den Krankenhäusern, die Patienten einfach selber von sich aus aufsuchen, ohne den Notruf zu wählen oder bei Ihnen anzurufen? In Ihrem System wird das ja, wie Sie dargestellt haben, abgedeckt. In Deutschland haben wir das Problem, dass der Notruf häufig missbräuchlich gewählt wird und dass es in vielen Fällen gar nicht nötig gewesen wäre, dass der Rettungswagen zu den Anrufern kommt. Auch die Notaufnahmen in den Krankenhäusern können direkt aufgesucht werden. Dies geschieht immer mehr, weil der Hausarzt nicht zu jeder Zeit verfügbar ist oder möglicherweise auch ein Hausarztmangel besteht, sodass die Leute auch mit Kleinigkeiten die Notaufnahme aufsuchen. Hat Ihr Service dadurch, dass er so gut angenommen wird, auch Auswirkungen auf dieses Phänomen, oder können Sie diesbezüglich nichts messen?

Stefan Spielbichler: Das hat leider keine Auswirkungen. Die Personen, die jetzt selbstständig ohne Konsultation irgendeines Services die Notfallaufnahme aufsuchen, können wir aktuell nicht beeinflussen. Die Zahl dieser Personen ist weiterhin sehr hoch. Vor allem bei Personen mit Migrationshintergrund, die aus Ländern kommen, in denen die Gesundheitssysteme sehr spitallastig sind, in denen es den Zugang zu Niedergelassenen gar nicht gibt und den sie insofern gar nicht kennen, ist die Rate der Selbstzuweisung in die Kliniken sehr hoch. Wir hatten vor vielen

Jahren für ein paar Jahre eine Gebühr in der Größenordnung von 25 Euro für die Inanspruchnahme einer Krankenhausambulanz, wenn Personen ohne Zuweisung gekommen sind. Das ist später abgeschafft worden und wird jetzt wieder ein bisschen als Lenkungseffekt diskutiert. Für diese Gruppe gibt es aber aktuell von der Politik noch keine Idee, wie man sie einfangen kann. Der Wunsch ist natürlich, dass über die Nummer 1450 alles gelenkt und gesteuert wird. Aber wie man die Menschen sozusagen mit Zuckerbrot und Peitsche dazu bringt, dass erstens alle dort anrufen und dass sie zweitens dann wirklich das machen, was man ihnen vorschlägt, dafür gibt es noch keine Vorstellungen über einen geeigneten Weg.

Dr. Christian Fohringer: In der Schweiz gibt es einen Ansatz in dieser Richtung, von dem ich aber nicht weiß, welchen Wirkungsgrad er hat. Dort betreibt die Sozialversicherung die Gesundheitsberatung. Die individuelle Sozialversicherungsprämie richtet sich danach, ob man das in Anspruch nimmt oder nicht. Das heißt, wenn man diese Gesundheitsberatung in Anspruch nimmt und dann zu der richtigen Stelle im Gesundheitswesen geht, zahlt man weniger Sozialversicherungsbeitrag.

Zur missbräuchlichen Verwendung des Notrufs: Wir erleben in Österreich auch in anderen Bundesländern immer wieder, dass Kampagnen durchgeführt werden, dass der Notruf nur im Notfall angerufen werden soll. Was ist aber ein Notfall? Wenn ein Achtjähriger etwas hat, ist das ein „Notfall“, egal was! Wir versuchen seit 60 oder 70 Jahren, den Leuten zu erklären, wann sie den Notruf anrufen sollen. Irgendwann müssen wir alle miteinander dazu kommen, dass der Anrufer das nicht weiß. Es ist ja richtig anzurufen. Entscheidend ist aber die Reaktion darauf. Plakatkampagnen, die darauf zielen, bitte nur im Notfall den Notruf zu wählen, funktionieren seit 70 Jahren nicht und werden auch in Zukunft nicht funktionieren.

Stefan Spielbichler: Von den medizinische Laien wird damit erwartet, in einer subjektiven Ausnahmesituation die Entscheidung zu treffen, die Notfallnummer nicht anzurufen, die ich als System nicht treffen will und kann. Aber das ist meine Aufgabe.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Deshalb ist ja Ihr Ansatz richtig, um das so abzufedern. Das wollte ich genau sagen. Die Menschen empfinden etwas als Notfall und der Rettungswagen kommt, obwohl ein Hausarztbesuch zwölf Stunden später eigentlich auch ausgereicht hätte. Diese Kette wird ja von Ihnen gelenkt. Wenn man dieses Gateway nicht hat, dann hat man ein überfordertes System.

Stefan Spielbichler: Genau, dann hat man ein Problem. Wir haben ja zu Beginn nur mit der Gesundheitsberatung über die Nummer 1450 begonnen und haben nach einigen Monaten erklärt: Wir sind jetzt so weit, dass wir uns auch trauen, über die Nummer 144 auch Notrufe zu triagieren. Wir sind vorher zur Politik gegangen und haben gesagt: Ab nächsten Monat wird es erstmalig in der Geschichte in Österreich passieren, dass jemand den Notruf anruft und dann kein Rettungsdienst kommt! Stellt euch darauf ein! - Was meinen Sie wohl, wie viele Beschwerden wir hatten? - Null! Die Leute sind zufrieden und sagen: „Das ist super, danke! Ich wollte ja eh nur wissen, ob ich die Nacht überlebe! Wo soll ich hingehen?“ - Sicherlich haben sich einige beschwert, aber die beschwerten sich ohnehin immer.

Dr. Christian Fohringer: Wenn man bei uns in die telefonische Gesundheitsberatung kommt, nimmt sich eine Fachkraft im Durchschnitt 14 Minuten Zeit, um mit dem Anrufer ein intensives Gespräch zu führen. Wo im öffentlichen Gesundheitswesen finden Sie diesen Kontakt über solch

eine Zeit, die man exklusiv zur Verfügung hat? Die Personen sind eigentlich sehr glücklich, dass es jemanden gibt, der sich diese Zeit nimmt. Das ist sozusagen schon die halbe Miete.

Abg. Swantje Schendel (GRÜNE): Wenn Sie feststellen, dass sich hauptsächlich Menschen aus bestimmten Herkunftsländern zur Notaufnahme begeben, dann gibt es dort sicherlich Sprachbarrieren. Arbeiten Ihre Chatprogramme mit einem Übersetzungsprogramm? Handelt es sich um bestimmte Bevölkerungsgruppen mit bestimmten Sprachen, sodass man das entsprechend ergänzen könnte?

Dr. Christian Fohringer: Grundsätzlich ja. Das funktioniert im Chat technisch völlig problemlos. Gerade unter Flüchtlingen aus Ländern mit niedrigem sozialen Standard gibt es auch viele, die nicht gut schreiben können. Bei Ukrainern ist das überhaupt kein Problem. Mittlerweile sind ja sehr viele Ukrainer in Österreich. Mit ihnen kann man viel auf Englisch abwickeln; das ist also kein Problem.

Es ist aber eine Illusion, dass wir 24 Stunden am Tag Mitarbeiter beschäftigen, die in vielen unterschiedlichen Sprachen die Anrufe beantworten können. Ich glaube, dass wir in ein, zwei, drei Jahren das Problem technisch lösen werden. Wir haben jetzt schon Systeme erprobt, die Sprache live übersetzen. Das beginnt zu funktionieren. Das ist noch nicht so, dass man damit jetzt schon super arbeiten kann, aber das entwickelt sich in die richtige Richtung. Ich bin sicher, dass wir in ein, zwei, drei Jahren so weit sind, dass das möglich ist. Ich glaube, dass darin die Lösung liegt, zumal es hier mittlerweile eine große Bandbreite an Sprachen gibt.

Stefan Spielbichler: Das Grundproblem ist die Identifikation der Sprache. Wir haben vor einigen Jahren überlegt, ob wir nicht Dolmetscher einsetzen. Dafür braucht man aber einen riesigen Pool von Freiwilligen, die zumindest alle Weltsprachen und alle Sprachen aus den Nachbarländern sprechen. Alle diese Sprachen braucht man eigentlich nie; denn meistens können die Anrufer bei uns Englisch oder die Landessprache, oder sie suchen sich jemanden, der für sie spricht. Die Problematik besteht darin, wer die Sprache erkennen kann, die ein Anrufer spricht. Französisch wird man erkennen. Wenn es aber Farsi oder eine andere entfernte Sprache ist, dann ist das ein Problem.

Dr. Christian Fohringer: Das Grundproblem besteht darin, diese Bevölkerungsgruppe an unser Gesundheitssystem heranzuführen und ihr zu erklären, wie es funktioniert. Denn sie haben, wenn sie nach Österreich - oder in Ihrem Fall nach Deutschland - kommen, keine Ahnung davon. Daher landen sie alle in der Notfallambulanz. Das hört man auch international. Es gibt bei uns aber auch keine Schulungen oder sonstige Maßnahmen, um diese Menschen an unser System heranzuführen. Ich glaube, dass der Schlüssel eher darin liegt.

Wir stellen aktuell unser Telefonesystem mit unserem Systempartner so um, dass wir zentral im Hintergrund alles, was wir sprechen, automatisch transkribieren lassen und dass wir in der weiteren Folge auch mit standardisierten Übersetzungen von Live-Sprachübertragungen beginnen. Die Technologie ist, wie erwähnt, noch nicht so weit, aber ich bin sicher, in zwei, drei Jahren werden wir das erste Gespräch erfolgreich so abwickeln.

Christoph Doppler: In den USA gibt es erste Leitstellen, die das gemeinsam mit den Abfragesystembetreibern in den Sprachen Englisch auf Spanisch und retour versuchen. Das ist derzeit aber auch nur ein Versuch.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Zur Finanzierung: Bekommen Sie für Ihre Struktur noch eine zusätzliche allgemeine Finanzierung, die nicht von den einzelnen Dienstleistungen abhängig ist? Gibt es also ein gesondertes Förderprogramm?

Dr. Christian Fohringer: Unsere Herausforderung ist, dass wir in Österreich als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung eigentlich keinen Gewinn machen dürfen. Alle unsere Finanzierungsschienen sind eigentlich so ausgelegt, dass sie genau den Bedarf decken, aber nichts darüber hinaus. Wir stellen jedes Jahr ein Budget auf und verhandeln mit den einzelnen Finanzierungspartnern unsere Bedürfnisse. Das ist der Rahmen, in dem wir uns bewegen. Aber es ist leider nicht so, dass uns jemand 3 Millionen Euro gibt und sagt: „Macht damit etwas Tolles!“ Der Grundfinanzierungsblock besteht darin, dass wir eine Abgangsdeckung haben. Unsere Grundfinanzierung im Rettungsdienst ist eine Dispositionsgebühr, die aber lächerlich niedrig ist. Sie liegt bei 7 Euro pro verrechenbarem Transport. Alles, was wir darüber hinaus ausgeben, wird über eine Abgangsdeckung vom Land Niederösterreich gedeckt, die aber nur formal eine Abgangsdeckung ist, weil wir natürlich jährlich über einen Budgetvorschlag reden müssen, in dem das entsprechend angepasst ist. Das heißt, wir müssen alles, was wir umsetzen wollen, vorher mit unseren jeweiligen Geldgebern verhandeln und die Finanzierungszusagen abwarten.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Wie viele Personalkapazitäten bindet das? Wie viele Stellen haben Sie dafür?

Dr. Christian Fohringer: Die gesamte Firma Notruf Niederösterreich hat jetzt knapp über 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon 43 im Bereich Acute Community Nurse, 30 in der telefonischen Gesundheitsberatung und der Rest im Leitstellenbetrieb und Backoffice. Hinzu kommen 15 im Akut-Team.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Sie haben eingangs erwähnt, dass Sie aus drei Organisationen gegründet worden sind. Ich vermute, dass der Abrechnungsmodus so ausgestaltet sein muss, als wenn die einzelne Organisation abrechnet, und dass das bis heute unproblematisch ist. Wie haben Sie diese drei Organisationen zusammengebunden? Gibt es ein Kontrollgremium dafür? Was ist, wenn es mal Stress gibt, oder ist das unproblematisch?

Dr. Christian Fohringer: Seitdem das Land Niederösterreich als Haupteigner eingestiegen ist, gibt es mit den anderen drei Organisationen, die Gesellschafteranteile bei uns halten, insofern kein Problem, als sie keinen Beitrag zur Abgangsdeckung leisten. Das heißt, das Land sagt: Ihr dürft mitspielen, aber seid schön ruhig, sonst zahlt ihr mit! - Das ist sozusagen das Gentlemen Agreement. So, wie wir aufgestellt sind, ist es sicherlich nicht ganz optimal, aber das ist historisch gewachsen. Wenn ein Bundesland - in unserem Fall die Niederösterreichische Landesregierung - die Leitstelle zu 100 % selber betreiben wollte, dann wäre das natürlich auch möglich. Der Notruf Niederösterreich ist aus der Historie so entstanden. Jetzt dröselt das niemand mehr auf, weil das kompliziert wäre und ohnehin so funktioniert. Das würde man aber, wenn man es jetzt neu designen würde, nicht noch einmal so aufstellen.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): In Niedersachsen haben wir auch viele Hilfsorganisationen, die sich über das ganze Land breit verteilen. Insofern ist die Frage, wer am Ende was macht, nicht ganz unbedeutend. In Niedersachsen ist die Leitstelle auf der Kreisebene.

Dr. Christian Fohringer: Das war früher in Niederösterreich genauso. Die Bezirksebene wäre aber mittlerweile zu klein, um die Leitstellenarbeit mit hoher Qualität und effizient abwickeln zu können. Das, was wir machen, kann man in Niederösterreich nicht 28- oder 30-mal in der Fläche machen. Das wäre völlig unmöglich.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Sie haben jetzt vier Leitstellen für rund 2 Millionen Menschen?

Dr. Christian Fohringer: Wir haben vier Standorte. Eigentlich muss man rechnen, wie viele Leitstellenarbeitsplätze man gleichzeitig benötigt. Es ist völlig gleichgültig, wo sie angeordnet sind. Unsere Mitarbeiter können webbasiert an jedem der Standorte eingesetzt werden.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Wie ist die Situation in anderen Bundesländern in Österreich?

Dr. Christian Fohringer: Viele haben mittlerweile nachgezogen. Die Stadt Wien betreibt den Rettungsdienst in der Stadt Wien in der Magistratsabteilung 70 selbst und betreibt auch die Rettungsleitstelle selber. Das ist nicht wie bei uns eine ausgelagerte Gesellschaft mit beschränkter Haftung, sondern eine Abteilung der Stadt, also des Landes Wien.

Stefan Spielbichler: Der ärztliche Bereitschaftsdienst in Wien wird von der kassenärztlichen Seite wahrgenommen. Die Gesundheitsberatung über die Rufnummer 1450 wird vom Fonds Soziales Wien durchgeführt. Die Krankentransporte werden dort von Krankentransportunternehmen ausgeführt, die kaum untereinander verbunden sind.

Dr. Christian Fohringer: Eine solche Integration wie beim Notruf Niederösterreich ist in Österreich einzigartig.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Ist das eine politische Frage, warum dieses Modell in anderen Bundesländern nicht praktiziert wird?

Dr. Christian Fohringer: Das liegt am Willen. In Niederösterreich hat es seinerzeit ein Zeitfenster gegeben, in dem diejenigen, die das umsetzen wollten, und die Politik in dieselbe Richtung gegangen sind. Deswegen war das möglich. Es war sozusagen ein glücklicher Zufall, dass das so funktioniert. In Österreich ist das Rote Kreuz im Rettungsdienst vorherrschend. Es betreibt in den meisten Bundesländern die Leitstelle und will das natürlich nicht hergeben.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): In Niedersachsen wird häufig argumentiert, dass es kleine Leitstellen geben muss, weil der Disponent vor Ort auch über Ortskenntnisse verfügen muss.

Dr. Christian Fohringer: Diese Diskussion mit dem Argument der Lokalspezifika kennen auch wir zur Genüge. Ein Disponent muss aber nicht über Ortskenntnisse verfügen. Das kann man alles technisch in das System einpflegen. Das bedeutet allerdings viel Arbeit. Diese Widerstände waren anfänglich natürlich auch in Niederösterreich sehr groß. Es ist auch zu erwarten, dass die ersten ein, zwei Jahre in einer solchen neuen Struktur nicht einfach werden. Wenn die Qualität passt, entsteht aber auch Akzeptanz in dem disponierten Bereich.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Über welche Ausbildung verfügen die Disponenten?

Dr. Christian Fohringer: Sie verfügen über eine Ausbildung, aber es muss nicht zwingend eine Ausbildung im Rettungsdienst sein. Wir bilden unsere Disponenten nach einem eigenen Curriculum selber aus. Wir freuen uns, wenn sie eine Ausbildung und Erfahrungen im Rettungsdienst haben; das ist aber nicht zwingend erforderlich.

Stefan Spielbichler: Die besten Notrufexperten, die am schnellsten die qualitativ hochwertigsten Leistungen erbringen, sind jene ohne Rettungsdienstausbildung.

Dr. Christian Fohringer: Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Kollegen mit viel Rettungsdienstenerfahrung geneigt sind, überall den Notfall zu sehen und zu suchen. Die sollen aber das aufnehmen, was ist, und nichts hineininterpretieren. Hinzu kommt: Wir haben zu wenig qualifiziertes Personal im Fahrdienst. Insofern haben wir nicht die Bestrebungen, für die Leitstelle maximal Personal aus dem Fahrdienst abzuziehen, um es in der Leitstelle einzusetzen. Sie sind zwei Jahre als Notfallsanitäter ausgebildet worden und sollen einen RTW besetzen. Die Disponenten müssen zwar besonders qualifiziert sein, aber nicht im Rettungsdienst. Das ist eine andere Arbeit. Wir versuchen das auch den anderen Organisationen zu erklären, dass wir es nicht für sinnvoll halten, dass bei uns in Niederösterreich ein Polizist, der drei Jahre bei der Polizei ausgebildet worden ist und dann im Streifendienst auf der Straße eingesetzt worden ist, in der Leitstelle sitzt. Den braucht man dort nicht. Dort braucht man einen Spezialisten, aber nicht einen Spezialisten, der drei Jahre Polizeiausbildung absolviert hat. Das bringt nicht unbedingt Vorteile mit sich.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Welche Ausbildung bringen Ihre Mitarbeiter*innen mit, die Sie zu Disponenten weiterbilden?

Dr. Christian Fohringer: Wir hätten gerne Deutsch in Wort und Schrift und Computer-Grundkenntnisse. Wir führen ein standardmäßiges Assessment-Center durch, bei dem es darum geht, Computer-Grundskills abzufragen, aber auch das, was man hört, umsetzen zu können und Gespräche zu führen. Wir suchen Leute, die während eines Gesprächs mitschreiben können, die also Multitasking-Fähigkeiten mitbringen.

Stefan Spielbichler: Die weiteren Qualifikationen erhalten sie hausintern bzw. extern bei anderen Partnern, die für uns arbeiten. Deswegen ist die Mitarbeitergruppe ganz unterschiedlich zusammengesetzt. Der Basis-Call-Taker bekommt nur Krankentransporte und nur Hotlines. Er telefoniert wie in einem Callcenter. Dabei gibt es eigentlich keine stressigen Situationen. Wenn sich ein Notruf zu ihm verirrt, dann hat er ein Werkzeug, das ihn anleitet, was er dann zu machen hat. Die Ausbildung baut aufeinander auf: Es beginnt mit der Call-Taker-Basisausbildung, dann zum Notrufexperten, zum Disponenten und zum Qualitätsmanager.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Wie viel von Ihrem Qualitätsmanagement ist vom Gesetzgeber oder von Ihren Geldgebern vorgegeben?

Dr. Christian Fohringer: Wir haben das Qualitätsmanagement selbst aufgestellt und haben ansonsten keine gesetzlichen Vorgaben gehabt. Die gesetzlichen Vorgaben, die jetzt im Rettungsdienstgesetz von Niederösterreich stehen, haben wir dort quasi selber hineinreklamiert, auch um das zu rechtfertigen; denn das kostet ja auch Geld. Wir verwenden in der Notrufabfrage ein PDS aus den Vereinigten Staaten. Die Academy, die das im Hintergrund sowohl weiterentwickelt als auch das Qualitätsmanagementsystem dazu liefert, gibt bestimmte Vorgaben vor, um die

höchste Akkreditierung zu erreichen. Danach arbeiten wir. Die Zahl der Gespräche, die wir rückhören und bewerten, wird also mehr oder weniger vorgegeben. Wir machen ein bisschen mehr, wenn wir immer wieder Schwerpunkte zu bestimmten Themen setzen oder wenn es Nachfragen oder Probleme gibt. Aber grundsätzlich ist das auch eine Vorgabe des Systems.

Stefan Spielbichler: Die Lizenz für den Einsatz unseres Systems erhält man nur dann, wenn man auch ein Qualitätsmanagement durchführt. Das ist der Vorteil bei diesem Systemhersteller.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Am Anfang hat man ja sicherlich hohe Entwicklungskosten. Aber das ist jetzt ein System, das Sie eingekauft haben?

Dr. Christian Fohringer: Die Lizenzkosten werden pro Arbeitsplatz berechnet. Die Implementierungskosten für das System sind in finanzieller Hinsicht eher nachrangig.

Stefan Spielbichler: Die Entwicklungskosten hat es nicht bei uns gegeben. In den USA sind die ersten Systeme in den 1980er-Jahren entstanden. Als wir das übernommen haben, waren sie fertig. Wir haben also gar nichts dafür erfunden.

Dr. Christian Fohringer: Man muss ehrlicherweise sagen: Das System ist inhaltlich gut, aber nicht perfekt. Wir kennen kein besseres, sonst hätten wir wahrscheinlich das Bessere. Die Softwarelösung ist so lala. Wir haben eine recht große IT-Abteilung im Haus und programmieren und untertiteln sehr viele Systeme selber. Es wird zunehmend hart, in einer modernen Leitstellenumgebung relativ althergebrachte Systeme aus den Vereinigten Staaten einzupflegen. Sie versprechen uns bereits seit vielen Jahren eine Webvariante. Es tut sich dort etwas, aber da ist auch nicht alles Gold, was glänzt.

Stefan Spielbichler: Der immense Vorteil unseres Systems besteht darin, dass es weltweit in 3 800 Leitstellen in mittlerweile, glaube ich, 19 verschiedenen Sprachen eingesetzt wird. In dieser Riesen-Community besteht eine super Fehlerbehebungskultur. Es gibt also standardisierte Wege, Fehler zu melden.

Dr. Christian Fohringer: Das sind aber nur „Fehler“ in dem Sinne, dass aus unserer Sicht eine Frage schlecht gestellt ist und dass wir einen besseren Vorschlag haben. Dann meldet man. Wenn das auch noch zwei andere Leitstellen melden, dann schaut sich der Hersteller das an und ändert er es im nächsten Release. Das ist sozusagen eine Schwarmintelligenz, die allen Usern obliegt.

Stefan Spielbichler: Das ist der große Vorteil bei dieser riesigen User-Group. Wenn sich beispielsweise bei einem Notfall in Kuala Lumpur, wo dieses System ebenfalls eingesetzt wird, ergeben hat, dass bei einem Patienten, der einen Krampf erlitten hat, die Frage nach der Atmung besser ein bisschen früher hätte gestellt werden sollen, dann wird das gemeldet und schaut sich der Systemhersteller das an. Wenn er das übernimmt, dann wird das in den anderen 3 799 Leitstellen ab dem nächsten Tag auch entsprechend geändert. Das ist der immense Vorteil von solchen großen Systemen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Das ist ein faszinierendes System. Ich halte auch den Aspekt der Sozialberatung für ganz wesentlich.

Dr. Christian Fohringer: Dabei sind wir noch ganz am Anfang. Dieser Bereich wird uns in Zukunft noch sehr viel abverlangen. Dabei kratzen wir im Moment sozusagen noch an der Oberfläche.

Dr. Nicole Kordina: In dem bestehenden System werden wir dem Ganzen aber nicht Herr werden können. Die Vereinsamung ist ein Riesenthema. Das ist wirklich ein ganz großes Problem und wird nicht weniger.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Die Frage ist aber, wie zugänglich und niedrigschwellig das über ein solches System tatsächlich geleistet werden kann.

Dr. Christian Fohringer: Aus unserer Sicht liegt das Hauptproblem darin: Ein Anrufer, der sich aktiv mit einem psychosozialen Problem meldet, ist eigentlich nicht so sehr ein Thema. Wenn wir aber in der Statistik sehen, dass es einen Anrufer gibt, zu dem wir jeden zweiten Tag wegen irgendeines verklausulierten Problems mit einem RTW hinfahren, dann muss man dort einmal nachschauen, warum das so ist. Dann schicken wir einen Sozialarbeiter hin und merken wir: Das ist ein Messie-Haushalt, seit drei Wochen ist der Strom abgestellt, es ist keine Familie vorhanden und es gibt keine Einbindung in irgendeine Pflegeorganisation. Dann wird dort versucht, die Lebensumstände zu optimieren, und ruft er auch nicht mehr an. Aber das sind Dinge, auf die man mal kommen muss.

Christoph Doppler: Wir haben den großen Vorteil, dass so gut wie alle Rufnummern bei uns ankommen. Denn ein solcher Anrufer ruft ja nicht nur eine Nummer an, sondern ruft mitunter jeden Tag andere Nummern an. Zum Beispiel in Wien sind die Gesundheitsberatung 1450, der Ärzte-Notdienst und der Rettungs-Notruf nicht miteinander vernetzt. Dort dauert es mindestens dreimal so lange, bis das Problem überhaupt als Problem erkannt wird. Wir können dreimal schneller reagieren, weil ohnehin alle Anrufe bei uns aufschlagen und wir das matchen können.

Dr. Christian Fohringer: Eine der nächsten Entwicklungen, die wir starten möchten, ist, dass wir gezielt und schon viel frühzeitiger nach solchen Mustern suchen, also nach Personen, die plötzlich beginnen, über den Maßen unterschiedlichste Services zu beanspruchen, bei denen man dann mal schauen muss, warum das so ist und wie man helfen kann, außer dass man jeden Tag einen RTW dorthin schickt.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Optimal wäre es ja, wenn Sie solche Personen zu einem Primärversorgungszentrum verweisen könnten. Dann wären zwei integrierte Systeme gematched.

Dr. Christian Fohringer: Genau. Wir sind mit den Primärversorgungszentren in Niederösterreich in einem sehr guten und sehr regen Austausch. Sie verfügen zum Teil auch über Sozialarbeiter. Das Problem ist, dass die, die es gibt und auch gut funktionieren, auch jetzt schon vor lauter Arbeit untergehen. Die warten also nicht unbedingt auf unseren Anruf, mit dem wir noch ein Problem melden. Aber grundsätzlich wäre das genau die Ebene, an die man das dann strukturiert verweisen könnte mit dem Hinweis: Unsere Sozialarbeit war bereits dort, so sind die Rahmenbedingungen, bitte übernehmt den Fall! - So könnte es funktionieren.

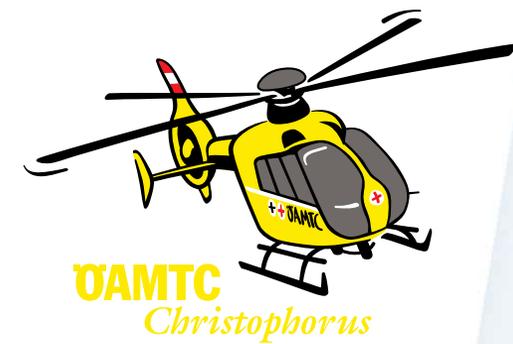
*

An dieses Gespräch schließt sich ein Rundgang durch die Rettungsleitstelle und zur Besichtigung der Ausstattung eines Fahrzeugs der Acute Community Nurse an.



Herzlich Willkommen

Die Gesellschafter



Grundaufgaben

Aufnahme, Beurteilung, Organisation und Disposition von



§5 NÖ Rettungsdienstgesetz

Grundaufgaben

Kommunikationsdrehscheibe sowie Servicecenter



< 2003
HEUTE



St. Pölten
Korneuburg (Stockerau)
Mödling
Zwettl







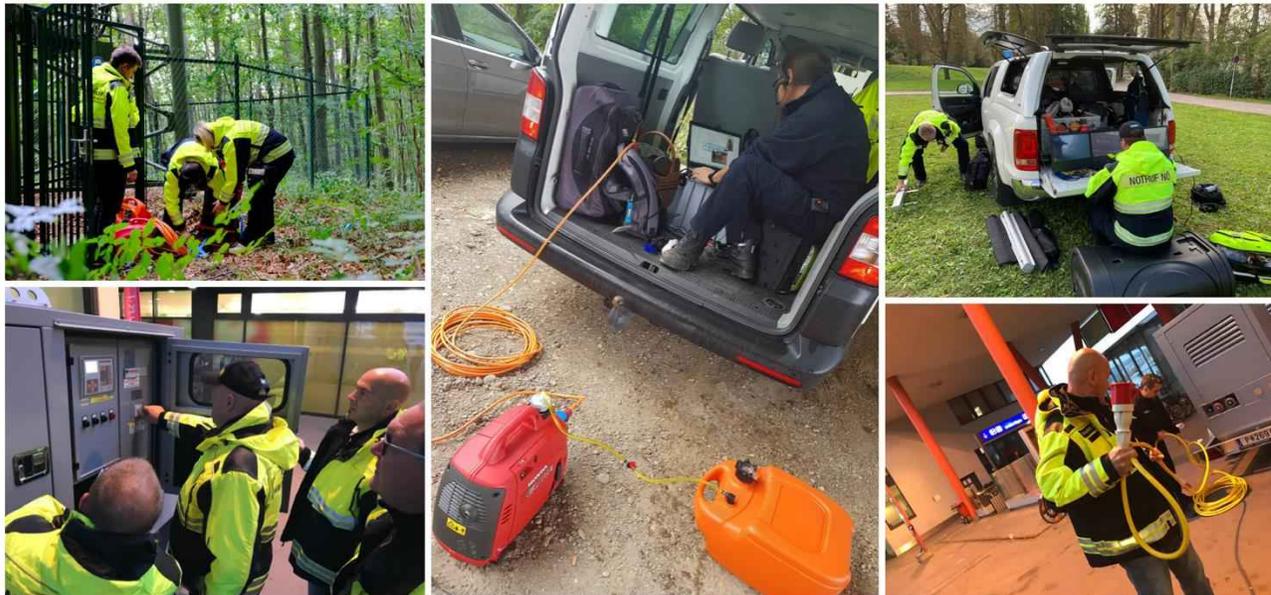
mobile Lösungen



mobile Lösungen



Awareness



Niederösterreich

1,8 / 4 Mio Einwohner

19.200 km²

83 Einwohner / km²

Flach bis Alpin

Ländlich bis Urban

Staatsgrenze

Bundeshauptstadt Wien

220 Rettungswachen

68 Sonderwachen (Berg, Wasser, ...)

1.740 Feuerwehren

639 BLS Ressourcen

42 ALS Ressourcen

801 First Responder Teams

11.783 Ärzte (GP's, ...)

16.000 Sanitäter*innen

99.000 Feuerwehrmitglieder

Niederösterreich

Antwortzeit 4,3 sec

Zeit bis Alarm 0:52 min

Anrufdauer 1:59 min

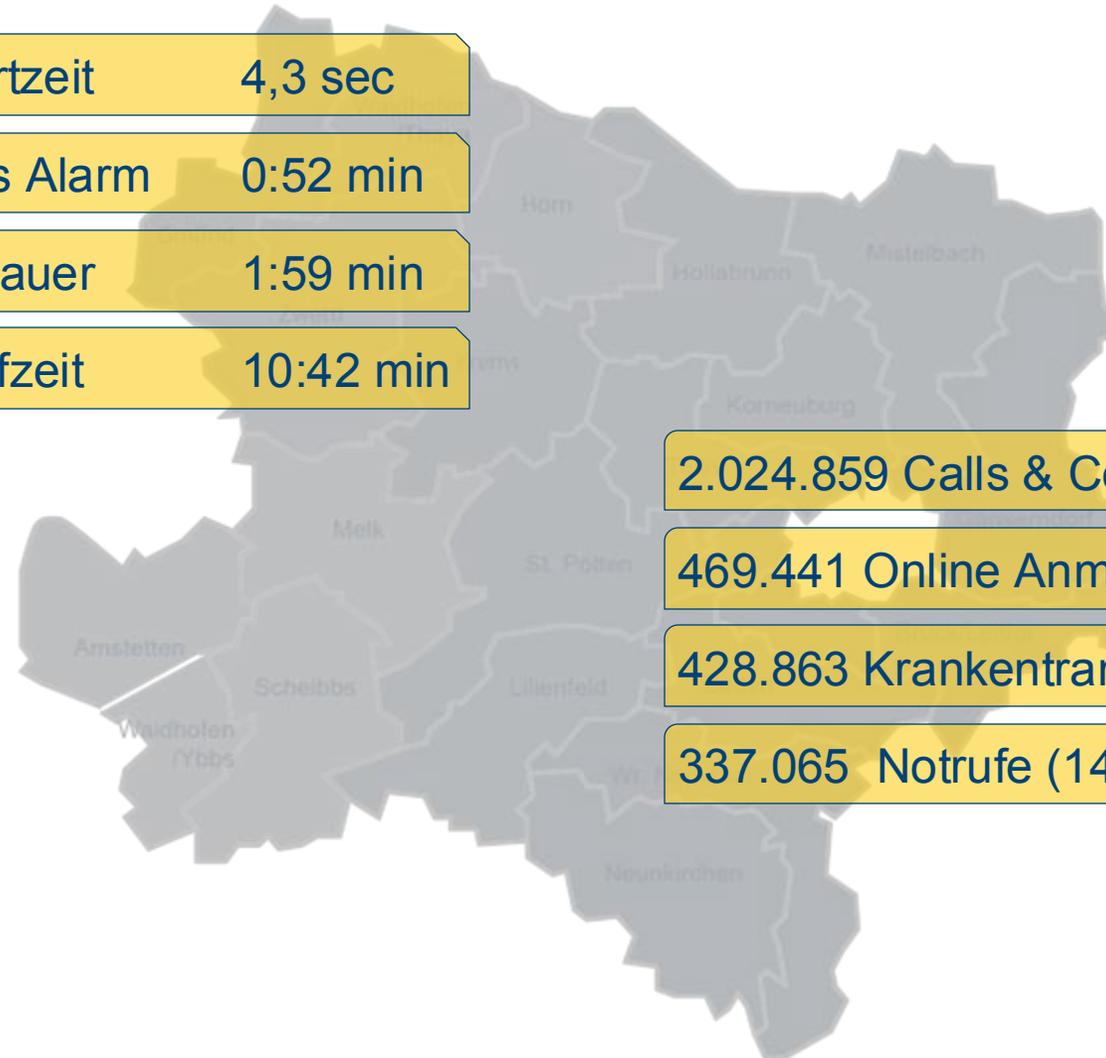
Eintreffzeit 10:42 min

2.024.859 Calls & Contacts

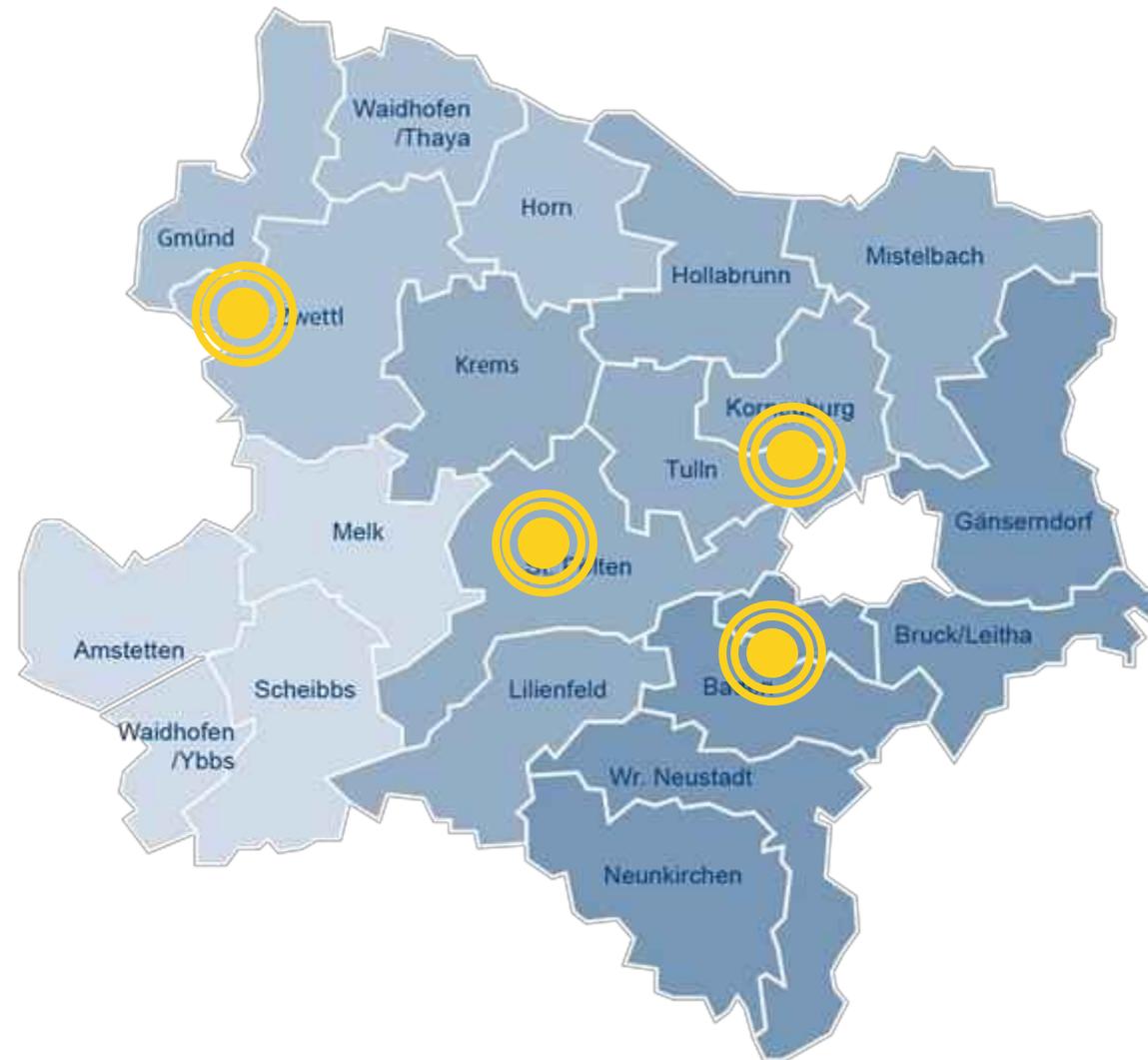
469.441 Online Anmeldungen

428.863 Krankentransportanrufe

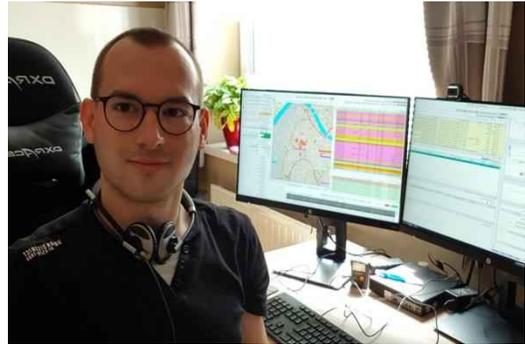
337.065 Notrufe (144 & 140)



1 Leitstelle – 4 Standorte



1 Leitstelle – 4 Standorte – Homeoffice

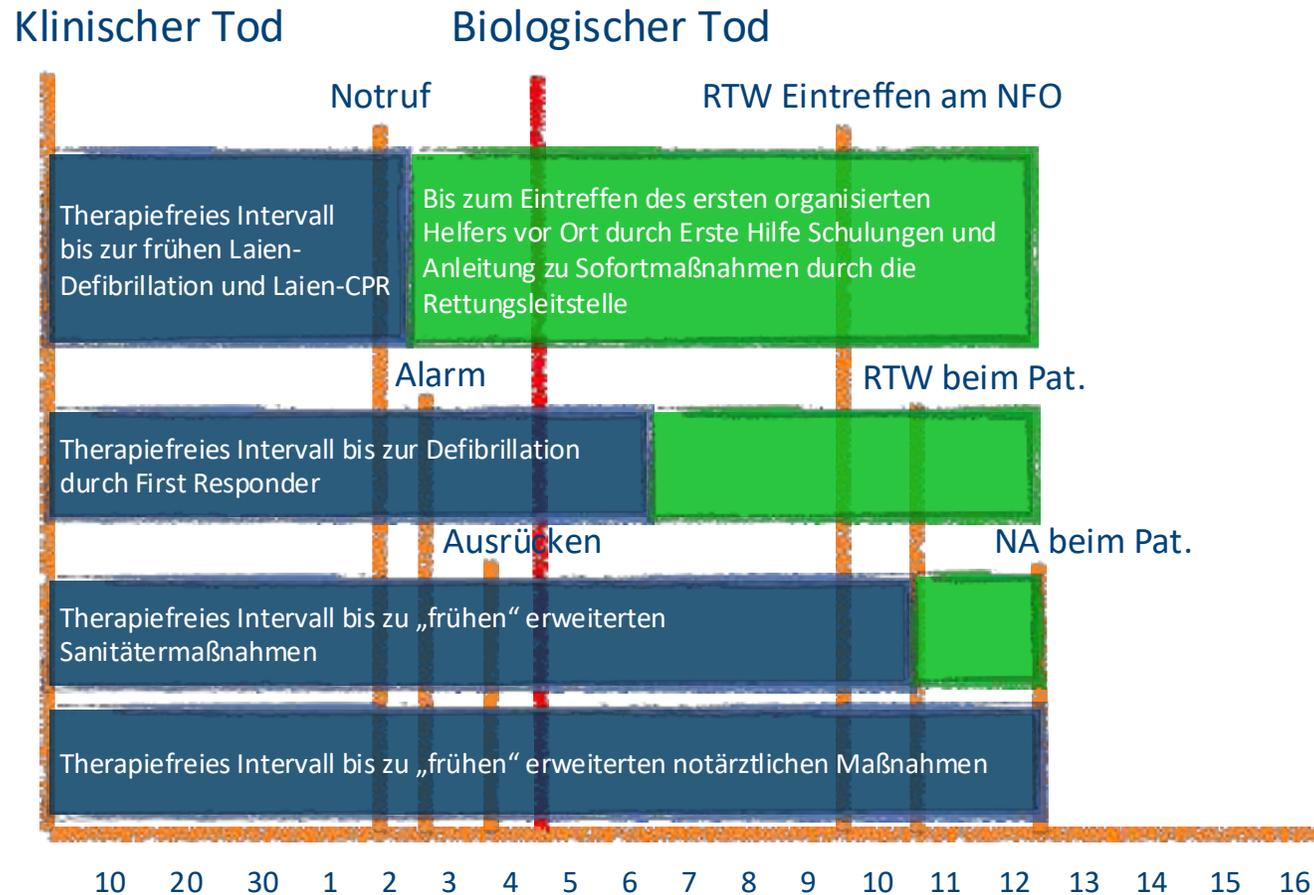


EENA – Certificate of Quality Standard



IAED – Accredited Center of Excellence

Null-Minuten-Eintreffzeit



Standardisierte Abarbeitung

Anruferanliegen

(nicht offensichtlich) Handelt es sich um ein **ungeplantes Ereignis**? Eindeutiger Krankentransport

Welcher Krankentransport soll aufgenommen werden?

Hintransport

Haben Sie einen **Transportauftrag**?

Welches **Transportmittel** hat der **Arzt angekreuzt** (nicht aus Zieladresse definierbar) Zu welcher **Adresse** der Patient?

Für **wie viele Fahrten** wurde der Transportauftrag?

Wie sollen wir Sie/den **Patienten abholen**? (Gehen, Rollstuhl?)

Mit welcher **Organisation** möchte(n) Sie/der Patient?

Terminzeit?

Wann möchten Sie **abgeholt** werden?

Info - Button

Einweisung TP-Auftrag TP-Auftrag

Anruferanliegen

Welche **Hotline** wird bearbeitet? AkutTeam / KI-Team / Notfallseelsorge

psychosoziale Akutbetreuung

Sagen Sie mir **genau**, was passiert ist?

Was ist der **aktuelle Grund** für die **Anforderung der Betreuung**?

Sind **Kinder bis 15 Jahre beteiligt** (als Tote, Verletzte oder Erkrankte)?

Wann haben die zu **Betreuenden vom Vorfall erfahren**?

Was kann die **Krisenintervention** (für Sie) tun?

Sagen Sie mir bitte Ihren **Namen**?

(Melder 1./2. Hand) In welcher **Funktion** rufen Sie bei uns an?
(Melder 3./4. Hand) In welcher **Funktion** rief der **ursprüngliche Anforderer** bei Ihnen an?

Wie lautet Ihre **Rückrufnummer**?

Wie viele Personen sind zu **betreuen** und **wer sind dieser Personen**?

Geben Sie mir bitte den **Namen** der zu **betreuenden Person(en)**?

Wie lautet die **Rückrufnummer** der zu **betreuenden Person(en)**?

Gibt es einen direkten Wunsch nach einer bestimmten Organisation durch den Anforderer?

Info - Button

Wartefristen

Wie soll **beantwortet werden**? Stunde

Sind ein **publ. Ereignis (BE/PE)** benötigt für die **Stundenermittlung**? [Stunde]

Compl./Anmeldung

Wann Sie noch **weiter Hilfe benötigen** oder **weil Fragen haben**, stehen wir Ihnen gerne **telefonisch zur Verfügung**.

Info - Button

ÖAMTC

ÖAMTC Verkehrsservice

Verkehr aktuell: **Niederösterreich**

AKTIONEN

- Neue & verschobene Fahrten (2 auf 3 Stunden, 1 auf 2 Stunden, 2 auf 1 Stunde)
- Spätere (2 auf 1 Stunde, 1 auf 2 Stunden, 1 auf 1 Stunde)
- Reisezeiten (2 auf 1 Stunde, 1 auf 2 Stunden, 1 auf 1 Stunde)
- andere Reisezeitangaben (2 auf 1 Stunde, 1 auf 2 Stunden, 1 auf 1 Stunde)
- andere Reisezeiten (2 auf 3 Stunden, 2 auf 1 Stunde)

Externe (Web)Services

- Rettungsdienste / Einsatzorganisationen
- Kliniken
- Andere Leitstellen
- BürgerInnen

The screenshot shows the 'LEO PORTAL' interface for 'RK Neunkirchen'. The main content area displays a table titled 'Angemeldete Ressourcen im Detail' with the following data:

Kennung	Typ	Status	seit	letzter Standort	Zielort	Einsatzcode	Einsatznummer
65/001	RTW	zum Berufungsort	17:20	NEUNKIRCHEN	PITTEN	RD-32B1	806***
65/002	RTW	zum Berufungsort	17:21	NEUNKIRCHEN	NEUNKIRCHEN	RD-10D4	815***
65/005	RTW-C	Frei auf Wache	13:23	PUCHBERG/SCHNEEBERG			
65/007	RTW-C	Frei auf Wache	11:09	NEUNKIRCHEN			
65/008	RTW	Frei auf Wache	15:00	ASPANG MARKT			
65/014	KTW-B	zum Zielort	17:12	SCHILTERN	WIENER NEUSTADT	RD-3303-LowCode	709***
65/015	KTW	Frei über Funk	16:50	OBERLAND	NEUNKIRCHEN		
65/019	RTW	Frei auf Wache	16:42	SCHEIBLINGKIRCHEN			
65/020	KTW-B	Frei über Funk	17:01	KÖNIGSBERG			
65/023	RTW	am Berufungsort	15:39	NEUSTIFT/HARTBERG		RD-AMB	210***
65/098	NEF	zum Berufungsort	17:21	NEUNKIRCHEN	NEUNKIRCHEN	RD-10D4	803***
65/099	NEF	Frei auf Wache	14:01	ASPANG MARKT			

The interface also includes a sidebar with navigation options such as 'RETTUNG', 'EVENTS', 'RESSOURCEN', 'INDUSTRIEVIERTEL', and 'RECHTLICHE HINWEISE'.

LEODOK 
Events 

-  Events
-  News
-  Dokumente
-  Info Dienstbetrieb
-  Info Notärzte
-  Info Paperless
-  Feedback
-  Gerät abmelden

180600176 23.05.2018 15:19

RD-17B1 - Sturz-Möglicherweise gefährliche Körperregion
 NÖ 3100 ST PÖLTEN, JOSEFSTRASSE 3
 Putzenlechner Markus

Transportdokumentation: 

180592566 22.05.2018 10:15

KTR-90K2 - Krankentransport-Tragstuhl
 NÖ 3100 RATZERSDORF/TRAISEN, GINSTERGASSE 8
 Pusch Armin

Transportdokumentation: 

 RTW-N TEST R

© 2017 LEODOK - Notruf NÖ

 LEODOK

v.2.33

Dokumentation zu Einsatz 180600176 / VNR: T R0028
Schließen

 Transportdokumentation
 Sanitätserdokumentation

Einstieg
RBODS
SAMPLER
Messwerte
Techniken
AMC + NK
Stroke
Verlauf / Übergabe
Sonderprotokolle
ABSCHLUSS

Scene

Notfallort:

Häusliches Umfeld	Öffentlicher Raum	Strassenverkehr	Arbeitsplatz
Freies Gelände	Schwieriges Gelände	Med. Einrichtung	Gleisbereich

Safety

Gefahren am Notfallort:

<input type="checkbox"/> Alarm CO-Warngerät	<input type="checkbox"/> Gefahrgut / CBRNE	<input type="checkbox"/> Feuer/Rauch	<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr
<input type="checkbox"/> Waffen / Gewalt	<input type="checkbox"/> Gefahr durch Tiere	<input type="checkbox"/> Gewalttätige Person	<input type="checkbox"/> Schaulustige
<input type="checkbox"/> Elektrizität			

Scene, Safety, Situation - Freitext

Einstieg -- Anmerkungen / Freitext

Sanitätserdokumentation NÖ - v.0 ab 01.01.2018 bis 14.10.2018

Puls Frequenz (altersabhängig):

normal	schnell	langsam
--------	---------	---------

Rekapillarisierungszeit:

weniger als 2 Sekunden	mehr als 2 Sekunden
------------------------	---------------------

Haut:

warm	kalt	<input type="checkbox"/> rosig	<input type="checkbox"/> blass
<input type="checkbox"/> zyanotisch	<input type="checkbox"/> schweißig	<input type="checkbox"/> Ödeme	<input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

C - Maßnahmen:

<input type="checkbox"/> Reanimation	<input type="checkbox"/> Blutstillung
--------------------------------------	---------------------------------------

D - Disability

Bewusstseinszustand:

A - alert/wach	V - voice/ansprechbar	P - pain/Schmerzreiz	U - unresp./bewusstlos
----------------	-----------------------	----------------------	------------------------

Pupillen:

<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	eng
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	mittel
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	weit
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	z.N. Augen-OP
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	lichtstarr
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	entrundet

Arm-Motorik (neu aufgetreten):

<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	keine oder vorbestehend
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	leicht
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	stark

Dokumentation zu Einsatz 181372011 / VNR: T R0040 Schließen

Kaufversicherung NO

Alter
Symptom
Ziel

Zurück
Suchen

Gewähltes Symptom:

Nasenbluten

Vorschlag
Suche
Kategorieauswahl

Nasen|

Nasenbluten - nicht kritisch

HNO Problem - nicht kritisch (Hals **Nasen** Ohren Problem)

HNO-Blutung - nicht kritisch (Hals **Nasen** Ohren Blutung)

HNO-Blutung - kritisch (Hals **Nasen** Ohren Blutung)

Warm ist ein Patient kritisch?

Kaufversicherung NO



Dokumentation zu Einsatz 181372011 / VNR: T R0040 Schließen

Kaufversicherung NO

Alter
Symptom
Ziel

Zurück

Empfehlungen:

KH SB Notfall Ambulanz

auswählen 22.6 KM entfernt / 8 min Fahrtzeit

KH AM Notfall Ambulanz

auswählen 40.6 KM entfernt / 14 min Fahrtzeit

Einträge

- nnoe-00
- nnoe-01
- nnoe-02
- nnoe-03
- nnoe-04
- nnoe-05
- nnoe-06

nnoe-54 Felderng CHRISTOPHUS 2
Notrufnummer +436448138902

Überblick

Wärmegrad

Herzfrequenzschlag

HESS

Vitalparameter

HF	110	PF	--	SpO2	--	PI	--	NIBP	110	PI	110
Zeit	11:00										
P2	110	P2	110	P4	110	CO2	110	AF	110	T1	110
T2	110	SpO2	110								

Kaufversicherung NO

Kaufversicherung NO

WIKEN - WIKEN

Kaufversicherung NO

WIKEN

WIKEN - WIKEN

WIKEN - WIKEN

WIKEN - WIKEN

WIKEN - WIKEN

WIKEN

WIKEN - WIKEN

WIKEN - WIKEN

WIKEN - WIKEN

WIKEN - WIKEN

NÖ Akutversorgungskapazitäten

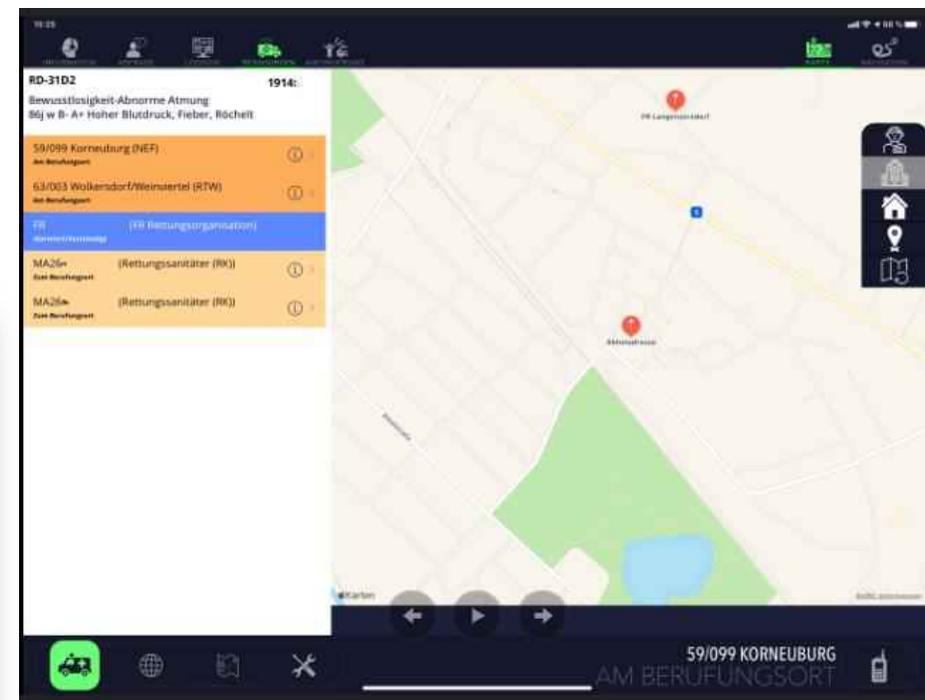
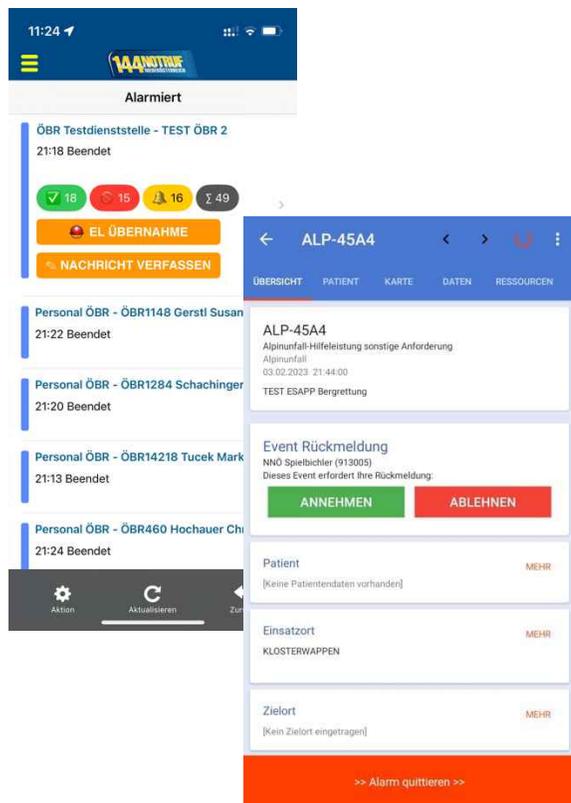
In der Krankenhaus-Webansicht kann unter dem Punkt AKUTVERSORGUNG die eigene Verfügbarkeit aktualisiert werden

	SRT Schockraum Trauma	SRI Schockraum Intern	PCI Herzkatheter	CT Computertomographie	END Endoskopie	INR Interventionelle Radiologie	Helipad Hubschrauberlandeplatz	Helipad Aussen Hubschrauber- Aussenlandeplatz
AMSTETTEN	FREI	FREI		FREI	FREI		FREI	
MAUER								
BADEN	GESPERRT	FREI		GESPERRT	FREI		FREI	
GMÜND		FREI		FREI	FREI			FREI
GÄNSERNDORF								
HAINBURG/DONAU				FREI	FREI			FREI
HOCHEGG								
HOLLABRUNN	FREI	FREI		FREI	FREI		FREI	
HORN	FREI	GESPERRT		FREI	FREI		FREI	
KLOSTERNEUBURG		FREI		FREI	FREI			
KORNEUBURG	FREI			FREI	FREI			
KREMS/DONAU	FREI	FREI	FREI	FREI	FREI		FREI	
LILIENFELD	FREI	FREI		FREI	FREI			
MELK		FREI		FREI	FREI			
MISTELBACH	FREI	FREI	FREI	FREI	FREI		FREI	FREI
MÖDLING		FREI		FREI	FREI		FREI	
NEUNKIRCHEN		FREI		FREI	FREI		FREI	
SCHEIBBS	FREI	FREI		FREI	FREI		FREI	
ST PÖLTEN	GESPERRT	FREI	FREI	FREI	FREI	GESPERRT	FREI	FREI
STOCKERAU		FREI		FREI	FREI			
TULLN/DONAU	FREI	GESPERRT		FREI	FREI	FREI	FREI	
WAIDHOFEN/THAYA	GESPERRT	FREI		FREI	FREI			FREI
WAIDHOFEN/YBBS	FREI	FREI	FREI	FREI	FREI		FREI	
WIENER NEUSTADT	FREI	GESPERRT	FREI	FREI	FREI	FREI	FREI	
ZWETTL	FREI	GESPERRT		FREI	FREI		FREI	
LORENZ BÖHLER	FREI			FREI			GESPERRT	
MEIDLING	FREI			FREI			FREI	
EISENSTADT			FREI				FREI	

Grenzüberschreitende Einsätze CZSKHU



APPS



esapp.at
rettungsnotruf.online

Emergency Eye® - LeoAssist

- Positionsübermittlung
- Übertragung Video / Audio / Bild - interaktiv
- Chat in verschiedenen Sprachen

The screenshot displays the Emergency Eye LeoAssist mobile application interface. The top status bar shows the NOTRUF N logo, connection details (Verbinden mit: +4366488282055, 0043 Österreich), and buttons for 'SMS erneut senden' and 'SMS Link kopieren'. The main interface is divided into several sections:

- FUNKTIONEN:** A list of interactive features including Ortung, Live-Video, Foto-Funktion, Zeiger-Funktion, Zeichnen-Funktion, Live-Chat, Audio, BIDI, Teilen, and Aufzeichnen, each with a corresponding toggle switch.
- KAMERA WÄHLEN:** A section for selecting the camera, currently set to 'Kamera Hinten (Rückseitige Dual-Weitwinkelkamera)'.
- AUDIO VERWALTEN:** A section for managing audio settings.
- BILDSCHIRM TEILEN:** A section for sharing the screen.
- SYSTEM:** A section displaying system information such as Betriebssystem (iOS 17.5.1), Browser (Safari / 17.5), Spracheinstellung (Deutsch), Batterie verbleibend (nicht verfügbar), and Verbindungsqualität (5/5).
- GPS KOORDINATEN:** A section for displaying GPS coordinates.

The central area is labeled 'KARTE' and 'VIDEO', showing a video call in progress with a 'Verbindungsstatus: ✓' indicator and a 'Verbindung beenden' button. The right side features a 'CHAT' section with a language selection dropdown set to 'Französisch' and a text input field for sending messages. The bottom status bar includes the EnEye-T1 logo, 'System Gesundheit: ✓', 'Version: 5.5.2', and the HelioDesk logo.





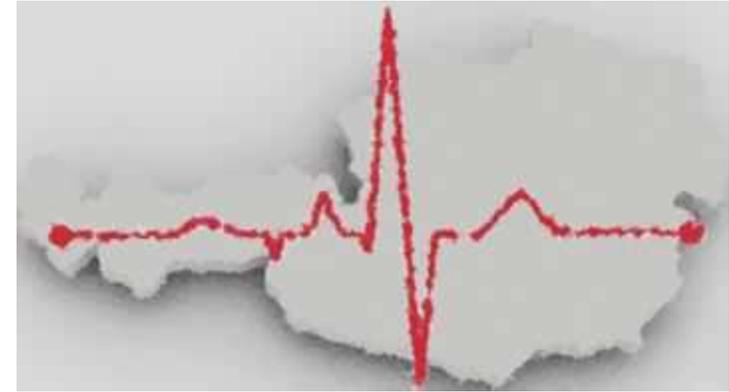
A long, straight asphalt road stretches into the distance under a cloudy sky. The road is flanked by green fields and a dirt shoulder. The word "VISION" is painted in large, 3D, white letters on the asphalt in the foreground. The perspective is from a low angle, looking down the road towards the horizon.

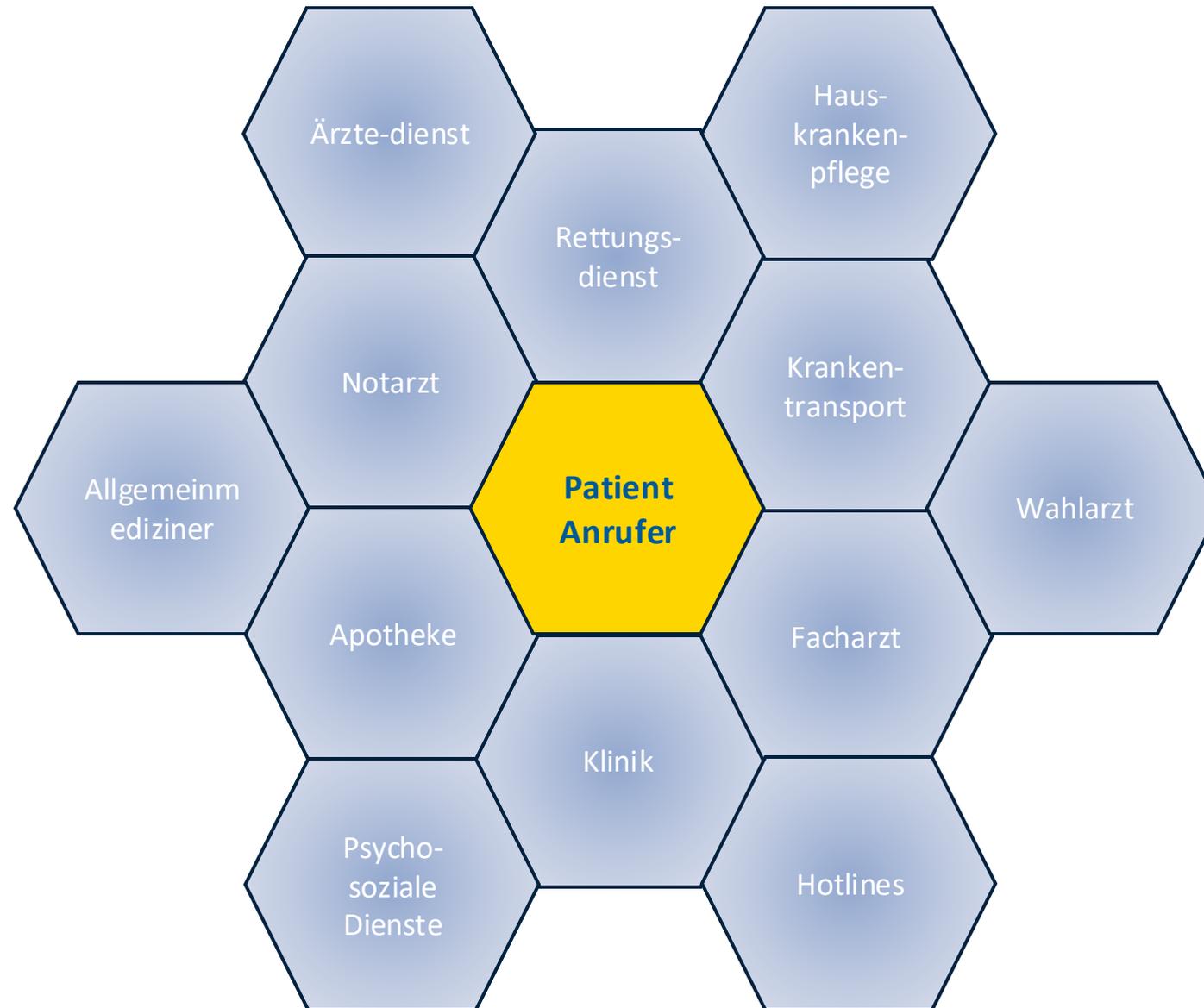
VISION

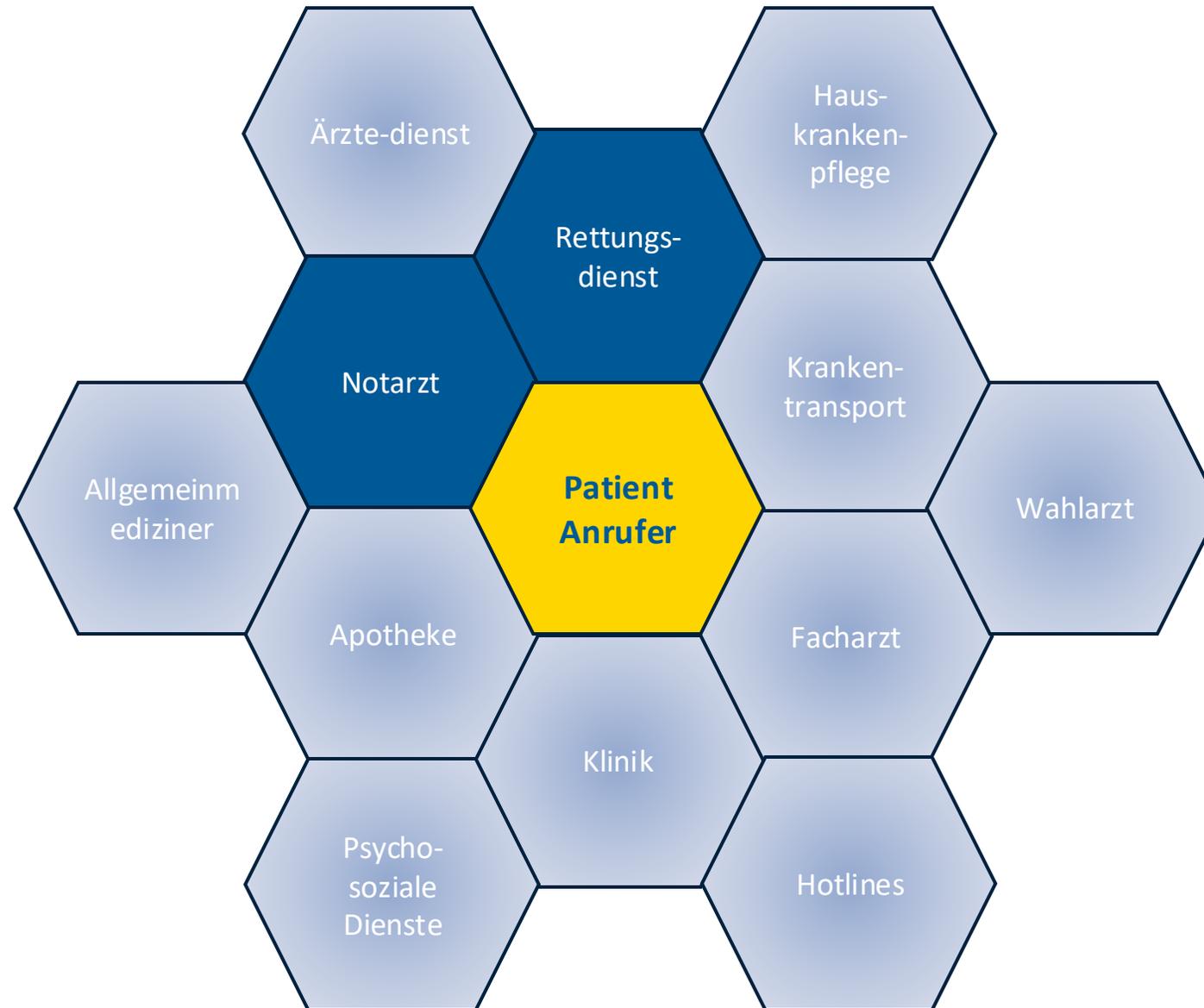
Gatekeeper - Gateopener Telemedizin

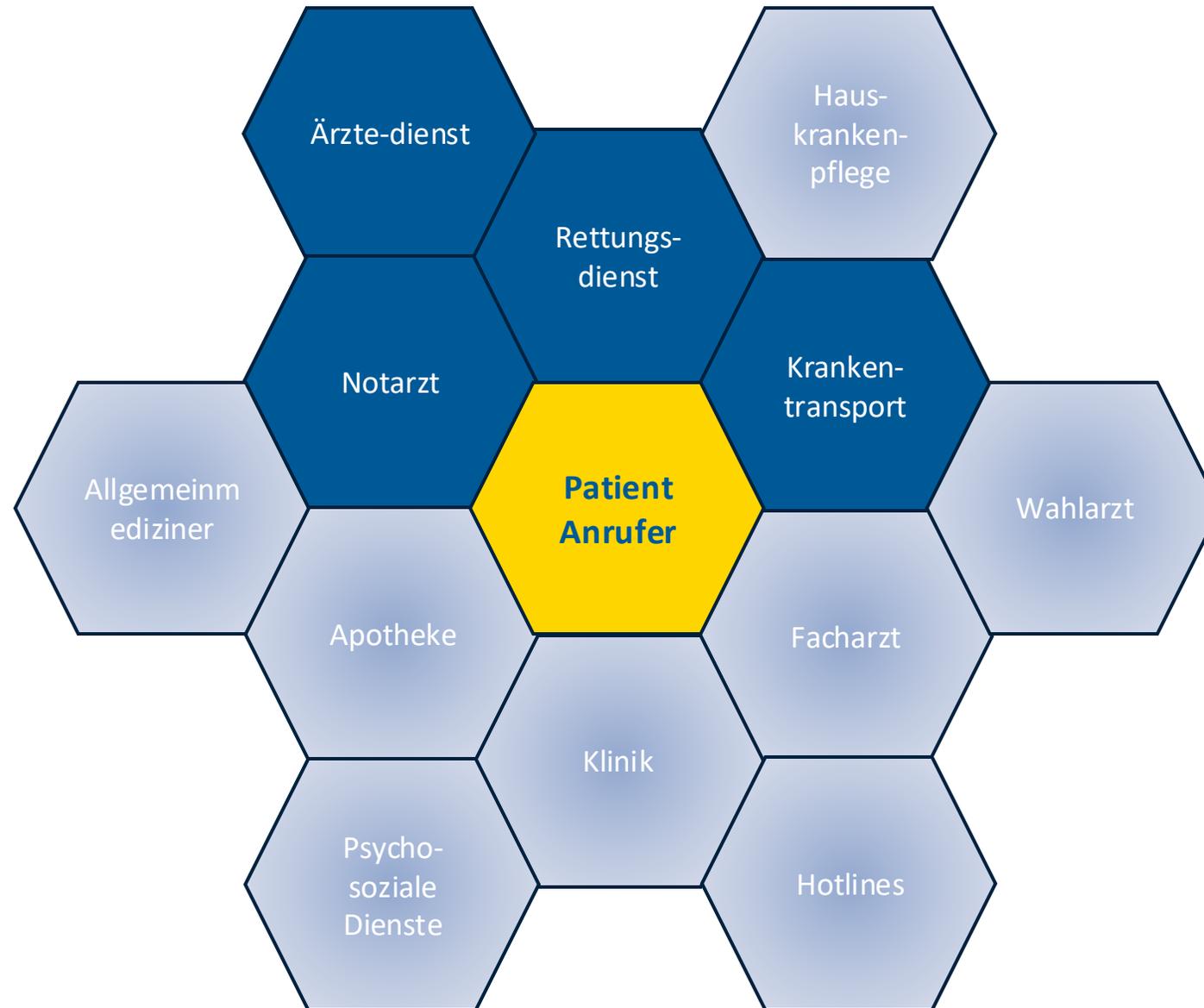


Gateopening











Einen neuen Kurs setzen ...

144 141

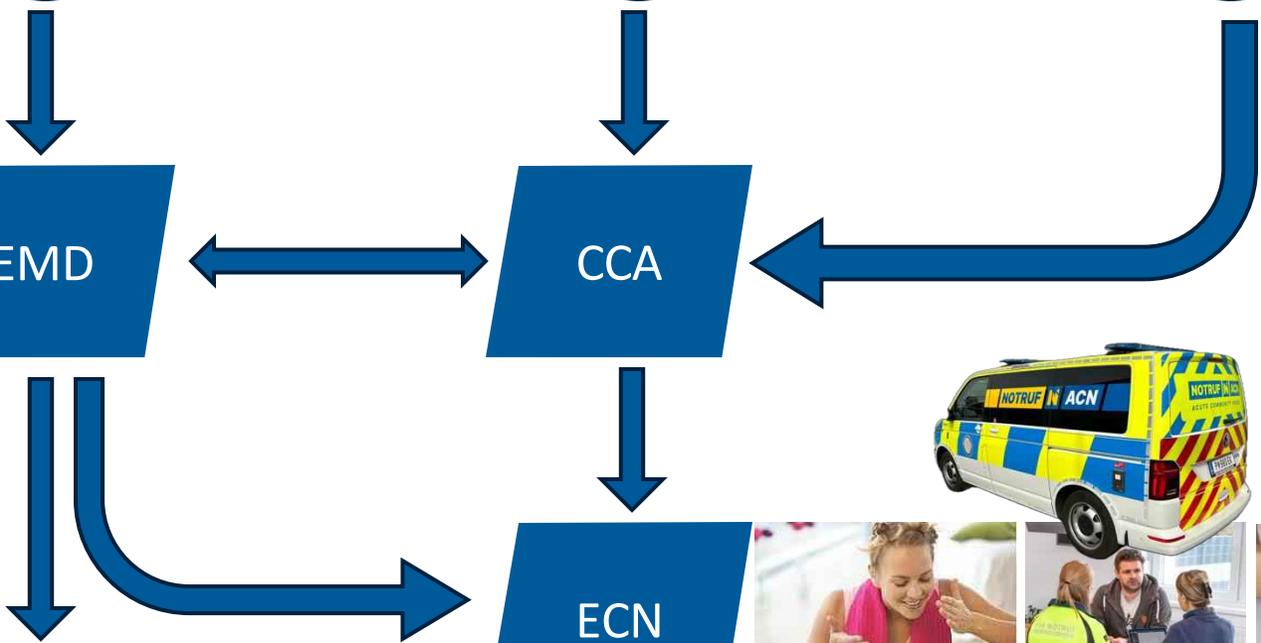
1484x
0800x

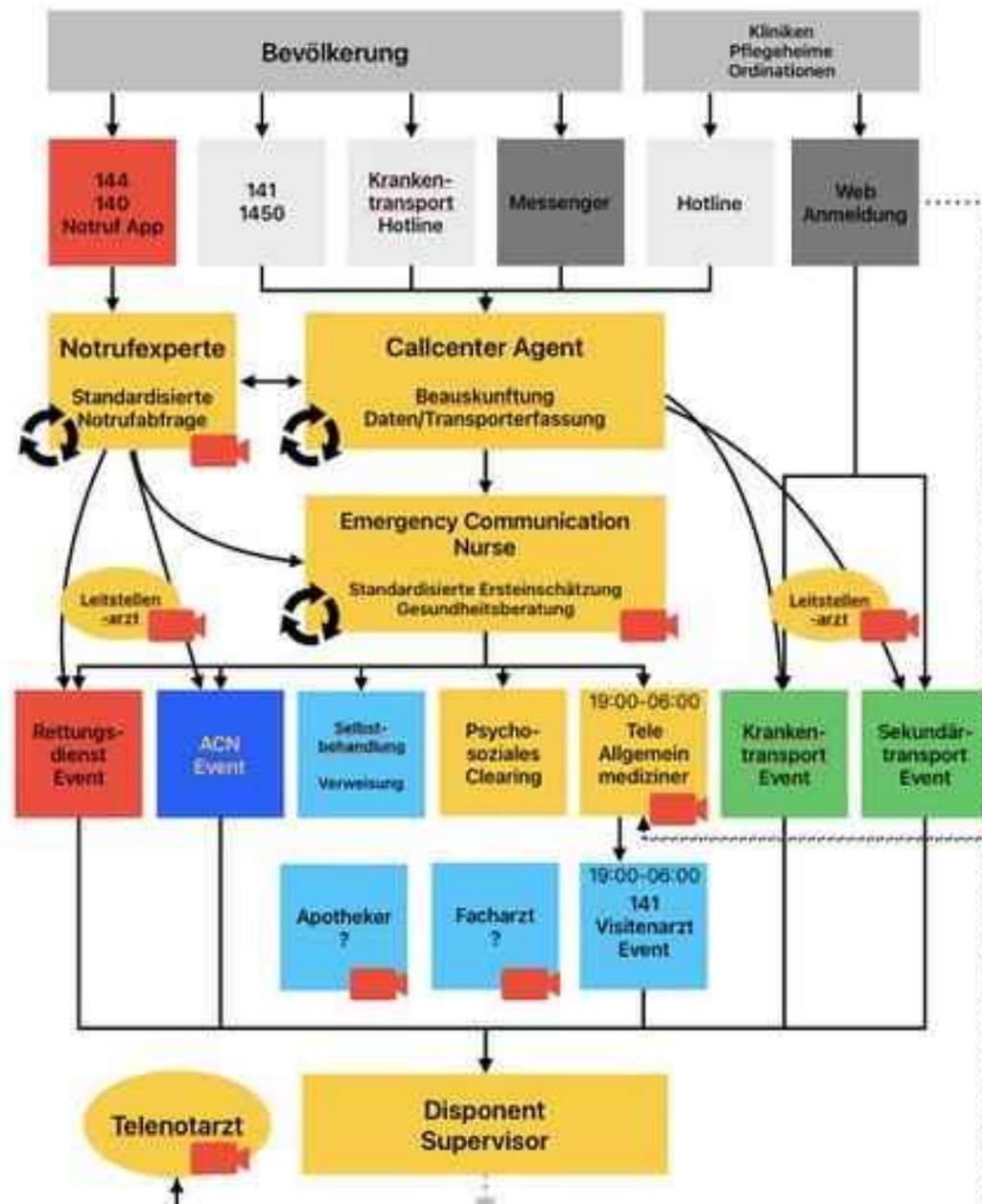
1450

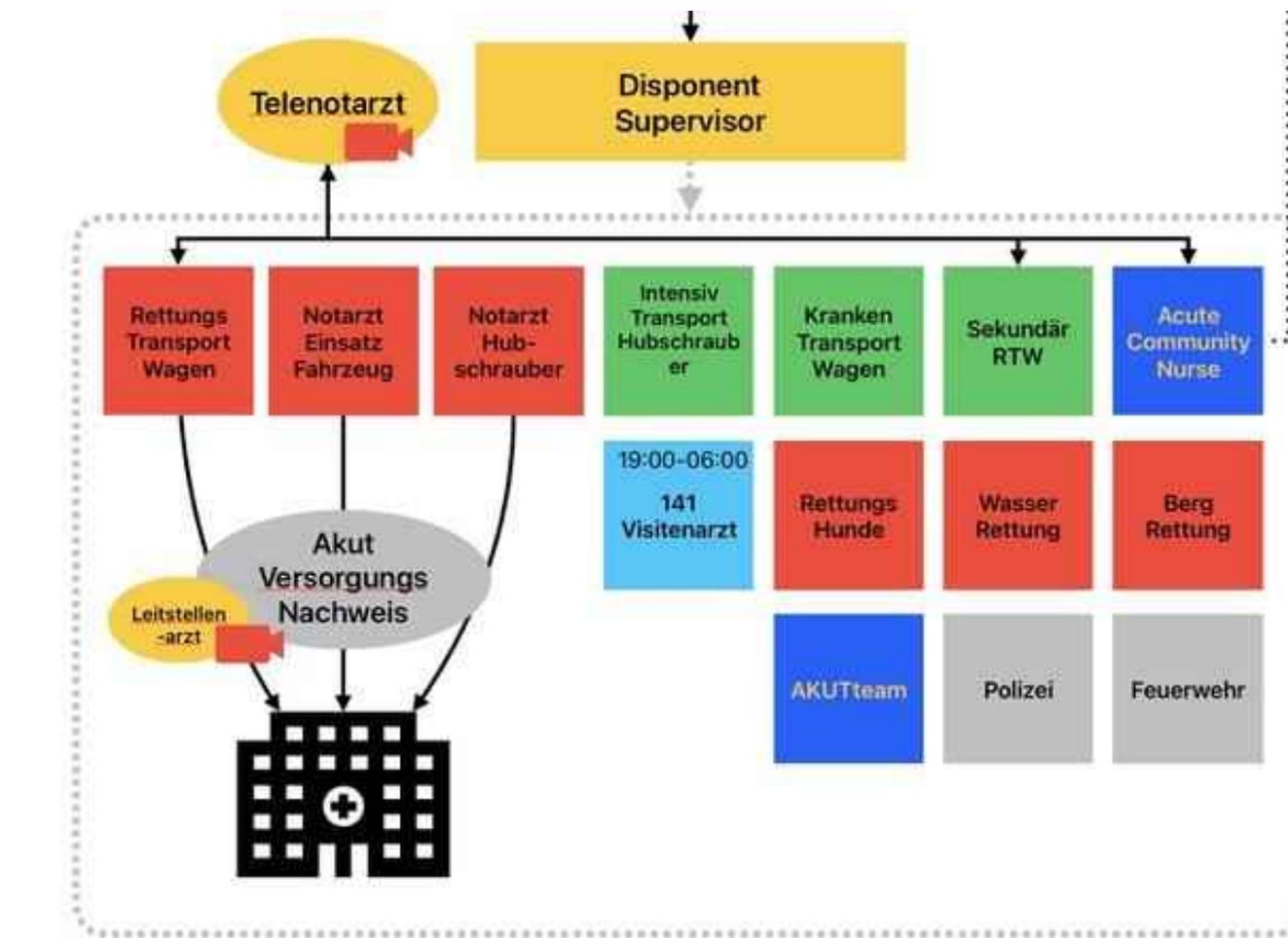
EMD

CCA

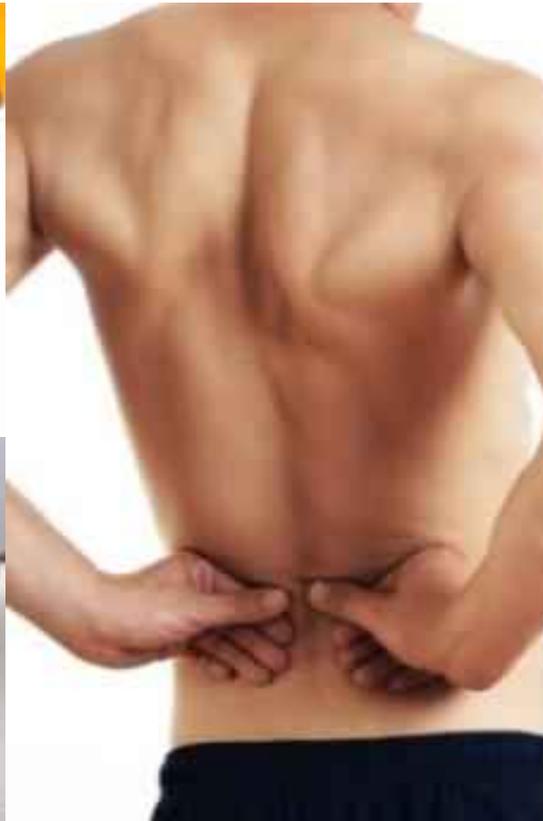
ECN







Selbstbehandlung



Acute Community Nurse - Lückenschluß



Was ist nötig?



N NÖ-ÄRZTEDIENT [Startseite](#) [Arztsuche](#) [Infos für Ärzte](#) [Login](#)

z.B. 3100 oder St. Pölten

PLZ, ORTSCHAFT, GEMEINDE

z.B. Wolf

ARZT, APOTHEKE, EINRICHTUNG

RETTUNG UND KH

Infos rund um den Notruf 144 und die NÖ-Landeskliniken

NOTRUF 144

LANDERKLINIKEN

Wenn's weh tut!

1450

TELEFON 1450

Was tun, wenn man eine Frage hat?

1450, IHRE TELEFONISCHE GESUNDHEITSBERATUNG IN NIEDERÖSTERREICH

ARZT-APOTHEKE

Für die Suche klicken Sie auf das entsprechende Feld

ARZTSUCHE

APOTHEKENSUCHE

INFOS FÜR ÄRZTE

Sie sind Arzt und haben Fragen oder wollen beim Arztdienst 141 mitarbeiten?

ALLE FÜR ÄRZTE WICHTIGEN INFOS DAZU FINDEN SIE HIER

Level of Care: Krisenhotline kontaktieren
Point of Care: AkutTeam

Alle Informationen zu den Fragestellungen **befüllen**; auch die **vorausgefüllten Informationen kontrollieren** und gegebenenfalls korrigieren. Erst durch das **Drücken des Button "Beenden"** wird das Event für das AkutTeam **gespeichert** und kann dann disponiert werden.

Kategorie der Anforderung?

Worum geht es?

In welchem **Verhältnis** stehen Sie zum **Patienten**?

Wie lautet der **Name des Anrufers**?

Wie lautet die **Rückrufnummer des Anrufers**?

Was wurde mit dem Anrufer vereinbart, welche Maßnahmen wurden bereits gesetzt?

Wo soll (falls erforderlich) eine Betreuung durch das Akutteam stattfinden?

Wie lautet der **Name der zu betreuenden Person**? (wenn Info vorhanden):

Wie lautet die **Rückrufnummer der zu betreuenden Person**? (wenn Info vorhanden):

Empfohlen wurde:

Akutteam NÖ

Point of Care Info abgelehnt

SMS Versand:

praktischer Arzt

Facharzt

Zahnarzt

Apotheke

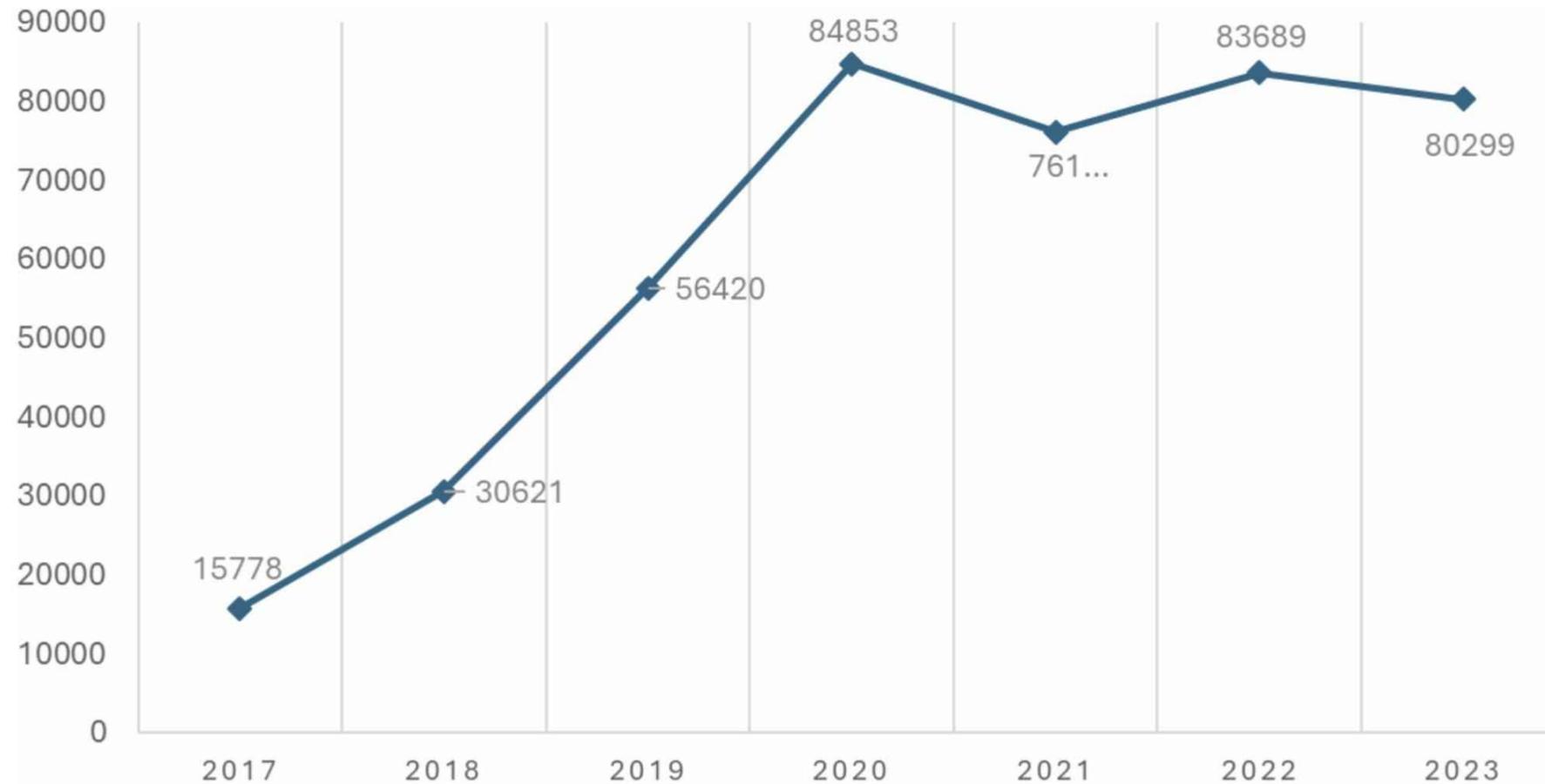
Netzdoktor

SMS senden

Wichtige Rufnummern

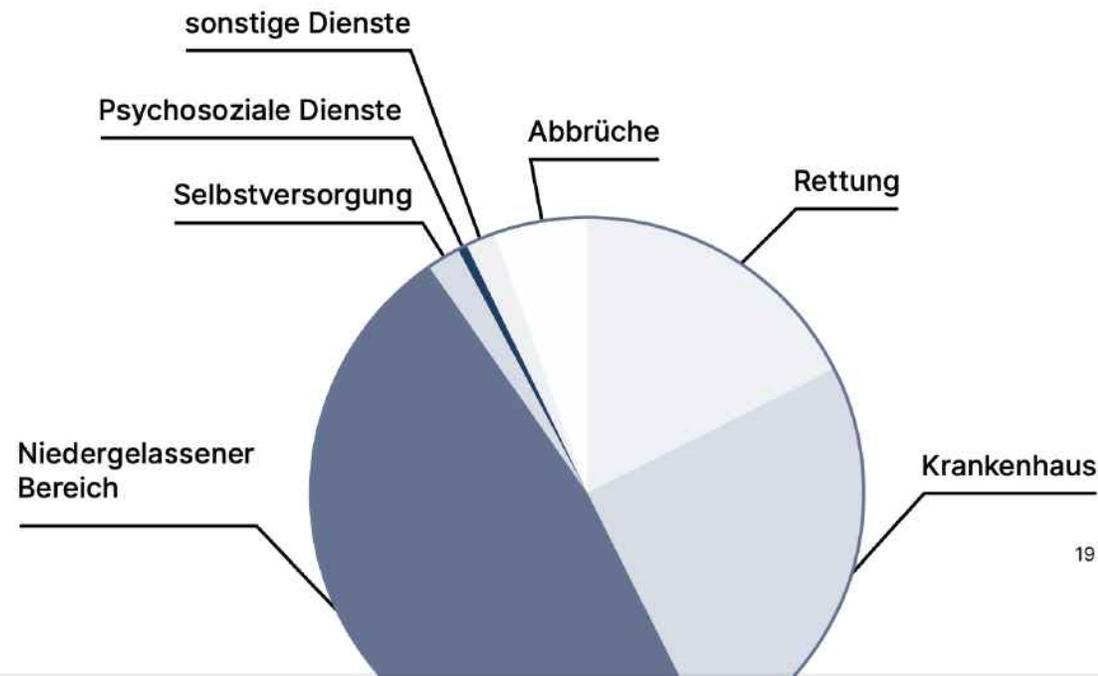
- Service- und Beschwerdeline der Landesklinikenholding: 0800/144 844
- Hotline OP Wartezeiten: 0800/144 844

Fakten Gesundheitsberatung



Fakten Gesundheitsberatung

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Anrufe 1450	10.331	16.652	27.151	367.195	390.142	468.666	99.920
Gesundberatungen 1450	8.071	13.501	22.323	43.330	32.807	44.805	46.187
GHB andere Rufnummer	7.707	17.120	34.097	41.523	43.368	38.884	34.112
GHB gesamt	15.778	30.621	56.420	84.853	76.175	83.689	80.299
1450 Anrufe ↔ Beratungen	73,06%	79,04%	80,42%	11,42%	9,97%	10,57%	56,95%



Auswertungen

ARZTKONTAKTE NACH EMPFEHLUNG*

EMPFEHLUNG	Anzahl Beratungen		Kontakte innerhalb des empfohlenen Zeitraums		Einhaltungsquote* extra + intra	Kontakte außerhalb des empfohlenen Zeitraums^	
	Gesamt	mit SV-Nr.	extramural	intramural		extramural	intramural
ärztliche Behandlung innerhalb 1 Tages**	13 294	11 938	4 431	4 817	77,5%	1 167	155
ärztliche Behandlung innerhalb der nächsten 1 bis 3 Tage	2 169	1 908	1 249	213	76,6%	121	20
ärztliche Behandlung innerhalb von 14 Tagen***	3 927	3 490	2 439	483	83,7%	0	0



