

Arbeitsgruppe Zusammenarbeit 112 und 116117

Statusbericht

Dr. Dominik von Stillfried, Dr. Sebastian Carnarius, Christopher Pommerenke,

Dr. Sarah Eichler, Nicolas Alix,

Marc Gistrichovsky, Stephan Bandlow

Berlin, 20.08.2024

Korrespondenz an:

Nicolas Alix
030 2200 56 115
NALix@zi.de

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	3
2	Konstrukt und Entwicklung der Arbeitsgruppe	3
2.1	Teilnehmende.....	3
2.2	Termine	6
3	Ergebnisse.....	7
4	Fazit	9
5	Ausblick	10
	Anhang	12

1 Hintergrund

Die Anzahl der Einsätze in der Notfallrettung ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Viele Menschen wenden sich mit gesundheitlichen Anliegen, die aus medizinischer Sicht in der ambulanten Versorgung behandelt werden können, an den Rettungsdienst oder an die Notaufnahme eines Krankenhauses. Dies führt nicht nur zu einer ineffizienten Nutzung der Ressourcen, sondern auch zu erheblichen Kostensteigerungen. In Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels sind die Kapazitäten der Notfallversorgung begrenzt und können nicht beliebig ausgeweitet werden. Die zentrale Herausforderung besteht darin, jene Behandlungsanliegen zu identifizieren, die außerhalb von Rettungsdienst und Notaufnahme adäquat versorgt werden können, um die Ressourcen für zwingend im Krankenhaus zu behandelnde Patient:innen freizuhalten.

In den letzten Jahren wurden auf verschiedenen Ebenen Maßnahmen zur besseren Vernetzung der vertragsärztlichen Regelversorgung, des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie der Notfallversorgung durch Rettungsdienst und Kliniken initiiert. Ziel dieser Bemühungen ist es, Hilfesuchende gezielt und zur richtigen Zeit in die jeweils passende medizinische Versorgungsebene zu lenken. Diese Bemühungen stehen im Kontext der aktuellen politischen Diskussion um das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG). Dieses Gesetz hat das Ziel, eine direkte Kooperation zwischen den Leitstellen der Notrufnummern 112 und 116117 verbindlich zu etablieren. Durch die enge inhaltliche Abstimmung der standardisierten Notrufabfragen und die gegenseitige digitale Fallübergabe sollen Notfälle schnell innerhalb der rettungsdienstlichen Notfallversorgung und weniger dringliche Fälle außerhalb dieses Segments behandelt werden. Durch die Abstimmung sollen Dispositionsentscheidungen der jeweiligen Leitstellen widerspruchsfrei aufeinander abgestimmt sein.

Das Ziel der Arbeitsgruppe ist es, basierend auf den bestehenden Strukturen, einen interdisziplinären und intersektoralen Austausch für eine engere Zusammenarbeit beider Versorgungsstrukturen zu schaffen.

2 Konstrukt und Entwicklung der Arbeitsgruppe

2.1 Teilnehmende

Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde auf eine möglichst breite Einbindung von Bundesländern und Organisationen geachtet. Es wurden sowohl Personen mit Trägeraufgaben im Rettungsdienst, Leitstellenbetreiber und Ärztliche Leitungen Rettungsdienst als auch Teilnehmende der Kassenärztlichen Vereinigungen eingebunden. Ein weiterer Teil der Expertise der Arbeitsgruppe wurde

aus dem Fachverband Leitstellen e. V. (FVLTS) und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) als organisierende Einrichtungen gestellt. Neben den im weiteren Verlauf genannten Akteuren werden die Kommunalen Spitzenverbände Deutscher Städtetag und Deutscher Landkreistag eng in den Informationsfluss eingebunden. Beide Institutionen unterstützen das Projekt.

Name	Verband, Organisation, Einrichtung
Cordes, Jens	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in Deutschland, Leiter des Arbeitskreises Leitstellen und Digitales Feuerwehr Bremerhaven
Kaufmann, v. Florentin	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in Deutschland, Mitglied Arbeitskreis Leitstellen und Digitales Berufsfeuerwehr München
Lechleuthner, Prof. Dr. Dr. Alexander	Vorsitzender Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. Trägerschaft Rettungsdienst Köln
Gnirke, Dr. André	Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V. Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Rettungsdienst Kooperation in Schleswig- Holstein
Methien, Frank	Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. Berufsfeuerwehr Köln
Gistrichovsky, Marc	Vorsitzender Fachverband Leitstellen e.V. Abteilungsleiter Integrierte Leitstelle Berufsfeuerwehr Nürnberg
Bandlow, Stephan	Stellv. Vorsitzender Fachverband Leitstellen e.V. Kreis Pinneberg, Fachdienstleiter Kooperative Regionalleitstelle West
Hänig, Hendrik	Schatzmeister Fachverband Leitstellen e.V. Komm. Fachgruppenleiter Leitstelle Feuerwehr Brandenburg an der Havel
Kobelt, Sven	Beisitzer Fachverband Leitstellen e.V. Leiter Integrierte Regionalleitstelle NordOst, Eberswalde
Medina, Sascha	Fachverband Leitstellen e.V. Fachgebietsleitung Feuerschutz- und Rettungsleitstelle, Kreis Lippe

Haslbeck, Dr. Michael	Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Regionaler Vorstandsbeauftragter - Hausärzte Oberbayern
Stechow, Jana	Kassenärztliche Vereinigung Berlin Terminservicestelle und Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes
Mucha, Agnieszka	Kassenärztliche Vereinigung Berlin Terminservicestelle und Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes
Commentz, Hans-Joachim	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein Ärztlicher Berater des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
Paquet, Alexander	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein Vorstand
Schiele, Dr. Albert	Bayerisches Staatsministerium des Inneren
Brettschneider, Paul	Berliner Feuerwehr Integrierte Leitstelle Berlin
Danch, Andreas	Stadt Dresden Stellv. Abteilungsleiter Integrierte Regionalleitstelle Dresden
Pankotsch, Ulrich	Stadt Dresden Abteilungsleiter Integrierte Regionalleitstelle Berufsfeuerwehr Dresden
Patjens, Maiko	Kreis Pinneberg, Kooperative Regionalleitstelle West
Hochstätter, Dr. Martin	Berufsfeuerwehr Brandenburg an der Havel Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
Keller, Yacin	Stadt Dresden Ärztliche Leitung Leitstelle/Rettungsdienst Dresden
von Stillfried, Dr. Dominik	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Vorstandsvorsitzender
Carnarius, Dr. Sebastian	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Leiter Fachbereich Medizin
Krause, Clemens	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Becker, Doreen	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Läppchen, Marika	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Pommerenke, Christopher	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Alix, Nicolas	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

An dieser Stelle ist die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und deren Vertreter: innen innerhalb der Arbeitsgruppe hervorzuheben.

2.2 Termine

Die Arbeitstreffen wurden intermittierend terminiert. Notwendig zu erarbeitende Themenschwerpunkte wurden diskutiert, Arbeitsaufträge im Konsensverfahren zwischen den beteiligten Personen festgelegt und Ergebnisse in darauffolgenden Präsenz- und Videokonferenzterminen präsentiert und beraten. Die Zusammenführung der jeweiligen Arbeitsergebnisse wurden durch das Zi in enger Abstimmung mit dem FVLST durchgeführt und mit den Teilnehmenden konsentiert.

Datum	Thema Arbeitstreffen	Arbeitsaufträge bis zum nächsten Arbeitstreffen
10.11.2023	Auftakttermin: Sondierung Themenschwerpunkte	Arbeitsauftrag: 5 häufigsten Fehlallokationen im Notfall/Low Level Bereich Arbeitsauftrag: Übersicht der Ergebnisendpunkte der 5 Meldebilder aus den Abfragesystemen und Darstellung der Informationen, die zu einer Übergabe in den anderen Sektor führen (112/116117)
08.01.2024	Präsenztermin: Definition der Fallkategorien und Einordnung der Ergebnisendpunkte innerhalb der Abfrageschemata	Arbeitsauftrag: wechselseitiger Abgleich der Notfall,- sowie Low Level Indikationen Arbeitsauftrag: Benennung von übergabefähigen Patienten aus dem 112 Sektor in den 116117 Low Level Versorgungsbereich und Übermittlung von strukturellen Begrifflichkeiten Arbeitsauftrag: Übersicht prozessualer Voraussetzungen

18.04.2024	Präsenztermin: Präsentation Ergebnisse Abgleich Notfallindikationsliste und Darstellung einheitlicher Dringlichkeitsstufen	Erstellung der Grafik eines Schaubilds anhand eines 2-Säulen-Modells und Überführung der zusammengetragenen und konsentierten Informationen der Arbeitsgruppe
31.05.24	Präsenztermin: Konsentierung des Schaubilds 2- Säulen-Modell und Konkretisierung der folgenden Arbeitsaufträge mit Tracer Diagnosen	Arbeitsauftrag: tabellarische Darstellung der Abfragestruktur anhand von Tracer Diagnosen Erstellung grafischer Schaubilder der 6 Tracer Diagnosen in der 2-Säulen-Modell Struktur
16.07.24	Präsenztermin: Gruppenworkshops zu den Themenschwerpunkten: Konsentierung Tracer Diagnosen Schaubilder Methodische Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe Erarbeitung von Kriterien der Erwartungshaltung für eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen 112 und 116117	Abschluss der Arbeitsgruppe mit der Veröffentlichung einer gemeinsamen Pressemitteilung und Erstellung eines Abschlussberichts.

3 Ergebnisse

Insgesamt zeichnet sich eine gute Grundlage für vertiefende Kooperationen ab. Da die Akteure vielerorts bereits seit einigen Jahren den Austausch suchen, existieren Beispiele guter Kooperation zwischen 112 und 116 117, auf die im Weiteren aufgesetzt werden kann. Nach diesen Erfahrungen können derzeit rund 10 Prozent der bei der 112 potenziell generierten Einsätze an die 116117 übergeben werden. Der Anteil der Hilfeersuchen bei der 116117, die als Notfall an die 112 abgegeben werden müssen, liegt bei circa 4 Prozent nach der medizinischen Ersteinschätzung. Insbesondere die Übergaben von der 112 an die 116117 könnten aber noch weiter gesteigert werden. Die wichtigste Voraussetzung für eine gute und vertiefte Zusammenarbeit ist die generelle, flächendeckende Einführung einer standardisierten Notrufabfrage in den Integrierten Leitstellen (112). In den Terminservicestellen oder künftigen Akutleitstellen (116117) wird seit 2020 bundeseinheitlich eine strukturierte und standardisierte softwaregestützte Ersteinschätzung akuter medizinischer Beschwerden vorgenommen, die auch dazu dient, potenziell lebensbedrohliche Situationen zu erkennen. Die Strukturierung des Abfragealgorithmus dient dazu, dass möglichst keine relevanten Symptome und Zustände übersehen werden. Die Standardisierung ist notwendig, damit auf

vergleichbare Situationen jeweils angemessen reagiert werden kann. Die Software ist jedoch auf die Bedürfnisse der 116117 zugeschnitten, an die sich Hilfesuchende in lebensbedrohlichen Situationen nur im Ausnahmefall wenden.

Softwaresysteme zur strukturierten und standardisierten Notrufabfrage in Integrierten Leitstellen erfordern einen etwas anderen Aufbau. Um die Abfragen kurz zu halten, sollten darin idealerweise klare Notfallsituationen z.B. Tracediagnosen ebenso schnell erkennbar gemacht werden wie Situationen, in denen eine Zuständigkeit der 112 nicht besteht. Im Falle einer Nichtzuständigkeit im sog. „Low Code Bereich“ der 112 stellen standardisierte Notrufabfrageprotokolle auch eine sichere Übergabe an die 116117 sowie eine hohe Wahrscheinlichkeit der dortigen fallabschließenden Behandlung dar.

Im Zuge der im Entwurf des NotfallG vorgesehenen Zusammenarbeit zwischen 112 und 116 117 sollen sowohl die Strukturierung als auch die Standardisierung so weit vorangetrieben werden, dass die Notfallversorgung möglichst weitgehend von Einsätzen entlastet werden kann, die keiner Notfallbehandlung bedürfen. Dies erfordert die Erkennung von unmittelbar lebensbedrohlichen Situationen aber auch von Low Code Fällen nach gleichen Kriterien und eine widerspruchsfreie gegenseitige Fallübergabe.

Beispielhaft wurde die künftige Zusammenarbeit an drei Fallkonstellationen aus dem Bereich der rettungsdienstlichen Tracediagnosen (vgl. Fischer, M. et al. Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 19, 387–395 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>) in Form eines Schaubilds dargestellt (siehe Anlagen 1-8). Das 2-Säulen-Modell stellt die prozessuale Vorgehensweise in der Bearbeitung von telefonischen Hilfeersuchen/Notrufen graphisch dar. Es wird deutlich, dass unterschiedliche Notfallsituationen unterschiedliche Anforderungen an die Disposition haben und hierfür jeweils unterschiedliche Informationen erforderlich sind. Neu an dem Modell ist, dass bei bestimmten telefonischen Einsatzszenarien bereits bei der Abfrage zwischen der 112 und der 116117 zusammengearbeitet wird. Kommt es also bei einer Notrufabfrage im vorgesehenen Zeitfenster nicht zu einer klaren Einsatzindikation für den Rettungsdienst, wird der Fall an die 116117 mit der Möglichkeit der weiteren Abfrage von Risikomerkmalen übergeben. Wird in seltenen Fällen anhand dieser Abfrage dennoch der Notfall oder eine lebensbedrohliche Situation festgestellt, kann der Fall zurückübergeben und der Einsatz disponiert werden. Eine solches Ergebnis wäre im Sinne der gezielten Zusammenarbeit positiv zu bewerten. Grundsätzlich ist aber die fallabschließende Behandlung im jeweiligen Versorgungssektor das Ziel.

Voraussetzung dafür ist, dass die Abfragen von Notfallindikatoren in vergleichbarer Weise erfolgen. Bisher existieren dafür keine von bestimmten Softwareangeboten unabhängigen Kriterien. Die spezifischen Formulierungen und Abstufungen der in Softwaresystemen genutzten Kriterien sind meist proprietär und nicht in allgemeiner Form verfügbar. Andere derzeit zur Verfügung stehende Kriteriensysteme, wie etwa der Notarztindikationskatalog, sind meist nicht differenziert genug, um die Abfrage im Detail zu steuern. Somit fehlt bislang ein herstellerunabhängiges Referenzwerk, auf welches Abfragen in unterschiedlichen Softwaresystemen gestützt oder anhand derer proprietäre Systeme geprüft werden können, um eine gleichartige Abfrage und widerspruchsfreie gegenseitige Übergabe gewährleisten zu können. Das Zentralinstitut und der FVLST haben sich daher vorgenommen, gemeinsam Empfehlungen zur Strukturierung der Notrufabfrage und der Übergabepunkte zwischen 112 und 116117 zu erarbeiten, um Abstimmungsprozesse zwischen Integrierten Leitstellen und Akutleitstellen bei der Auswahl geeigneter Softwaresysteme zu unterstützen.

Im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen dem Zentralinstitut und dem FVLST ist deutlich geworden, dass vertiefende Ausarbeitungen von abgestuften strukturierten Kriterienkatalogen über den wichtigen Meilenstein des gemeinsamen Schaubilds (siehe Anlagen 1 - 8) hinaus nach Art eines medizinischen Leitlinienprozesses erfolgen sollten. Damit soll, ausgehend von einer Systematik von Notfallindikationen (z.B. CEDIS-Katalog), je Notfallindikation die zur Begründung der Kriterien in der medizinischen Fachliteratur verfügbare Evidenz beschrieben und bewertet werden.

Hierbei handelt es sich um ein mehrjähriges Vorhaben, das weder Zi noch FVLST ohne externe Unterstützung bewältigen können. Ein Antrag zur Förderung des Vorhabens wurde deshalb an den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gestellt.

Die resultierenden Kriterien der Notrufabfrage sollen künftig als Benchmark zur Bewertung verfügbarer Softwaresysteme herangezogen werden, um die Kooperation zwischen 116117 und 112 inhaltlich und operativ stützen zu können.

4 Fazit

- In der Erkennung von unmittelbar lebensbedrohlichen Situationen sind sowohl die Notrufabfragesysteme der Rettungsdienste als auch die in den Kassenärztlichen Vereinigungen Anwendung findende Software zur strukturierten Befragung bei der Ersteinschätzung akuter Beschwerdebilder (SmED; Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) geeignet und in den Abfragekriterien bereits sehr ähnlich.
- Den sich aus den unterschiedlichen Aufgabenfeldern der Integrierten Leitstellen (112) und der künftigen Akutleitstellen (116117) ergebenden Ansprüchen an die Abfragesysteme

(Geschwindigkeit in der Erkennung von Notfallereignissen bei der 112 versus detaillierte Steuerung an die geeignete Versorgungseinrichtung und Gesundheitsberatung bei der 116117) wird mit den vorhandenen Abfragesystemen grundsätzlich entsprochen.

- Es bestehen Unklarheiten über die zu Grunde liegenden detaillierten Kriterien und Pfade der in den Integrierten Leitstellen (112) verwendeten Notrufabfragesysteme, insbesondere im Bereich von Hilfeersuchen mit niedrigprioritärem Handlungsbedarf. Hier könnten Integrierte Leitstellen (112) zur Entlastung der Notfallversorgung von einer engeren Zusammenarbeit mit den Akutleitstellen profitieren. Unterschiedliche Notfallsituationen erfordern unterschiedliche Dispositionsentscheidungen. Von einer Präzisierung der hierfür notwendigen Kriterienkataloge können sowohl Integrierte Leitstellen als auch Akutleitstellen profitieren. Am Ende dient eine vertiefte Zusammenarbeit der angemessenen Versorgung der Hilfesuchenden und dem Ziel, diese so ressourcenschonend wie möglich umzusetzen.

Für eine bundesweite, widerspruchsfreie Übergabe niedrigprioritärer Hilfeersuche ist die Entwicklung eines umfassenden Kriterienkatalogs in Form einer herstellerunabhängigen medizinischen (S3-)Leitlinie Voraussetzung.

5 Ausblick

Diese Arbeitsgruppe bildet den Grundstein für eine abgestimmte Interaktion zwischen 116117 und 112. Ziel ist es, die im Entwurf des NotfallG festgelegte inhaltlich widerspruchsfreie und technisch medienbruchfreie Übergabe zwischen allen hier beschriebenen Beteiligten auf valider Basis zu gewährleisten. Eine übereinstimmende Bewertung des Gesundheitszustandes am Telefon während der Bearbeitung von Notrufen und Hilfeersuchen ist dazu unabdingbar. Zur Umsetzung des Vorhabens haben als Ergebnis der umgreifenden Zusammenarbeit aller Arbeitsgruppenbeteiligten, der Fachverband Leitstellen e. V., das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement der LMU München sowie das Institut für Rettungs- und Notfallmedizin (IRuN) am UKSH Kiel unter Federführung des Zi eine Förderskizze beim Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingereicht. Die Zielstellung im Projekt „Einheitliche strukturierte Notrufabfrage – eSNA“ verfolgt die Erkennung und Differenzierung von Notfällen anhand evidenzbasierter Kriterien. Auf Basis evaluierter Kriterien zur Fallübergabe wird eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für die Leitstellen der 112 und der 116117 gebildet. Ein solches Referenzwerk soll als Grundlage zur Entwicklung softwarebasierter Abfragesysteme oder als Benchmark zur Bewertung bereits existierender Software dienen, um einen qualitativ einheitlichen Standard für die Notfallversorgung in Deutschland ermöglichen zu können. Die

Entscheidung des G-BA über eine Förderung der Konzeptentwicklung und einer sich anschließenden Option zur Einreichung eines Vollantrags wird Ende November 2024 erwartet.

Anhang

Anlage zum Bericht

1. Schaubild Zusammenarbeit 112 und 116 117
2. Schaubild Zusammenarbeit 112 und 116 117 mit Erläuterung
3. Schaubild Zusammenarbeit 112 und 116 117 bei Herz-Kreislauf-Stillstand
4. Schaubild Zusammenarbeit 112 und 116 117 bei Sepsis
5. Schaubild Zusammenarbeit 112 und 116 117 bei Schlaganfall
6. Schaubild Zusammenarbeit 112 und 116 117 bei Schwerverletzter / Polytrauma
7. Schaubild Zusammenarbeit 112 und 116 117 bei Schwerem Schädel-Hirn-Trauma
8. Schaubild Zusammenarbeit 112 und 116 117 bei ST-Hebungsinfarkt (STEMI)