

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Stellungnahme zur vierten Empfehlung der Regierungskommission:

„Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“

Der Fachverband Leitstelle e.V. begrüßt ausdrücklich die Bestrebungen der Regierungskommission, die Steuerung der Patientenströme im Gesundheitswesen zu optimieren. Nur so können die begrenzten Ressourcen effizient und im Sinne einer optimalen Patientenversorgung genutzt werden. Die enge Verzahnung der ambulanten Versorgung, mit der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung bis hin zu den Kliniken ist der Schlüssel dazu. Die mittlerweile vierte Empfehlung der Regierungskommission enthält viele wichtige und gute Ansätze für eine zukunftsweisende Entwicklung, allerdings enthält sie auch einige missverständliche Punkte und problematische Ansätze.

Erhalt der Integrierten Leitstellen von Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz als Kernbestandteil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr.

Unstrittig bezeichnet die etablierte Definition „Integrierte Leitstelle“ eine Leitstelle der BOS der kommunalen Gefahrenabwehr, welche die Bereiche Rettungsdienst, Feuerwehr und Bevölkerungsschutz umfasst. Die bewährte Integration der Fachbereiche Rettungsdienst, Feuerwehr und Bevölkerungsschutz ist bei dieser Diskussion nicht in Frage zu stellen. In der Stellungnahme der Regierungskommission wird die Definition allerdings nur unter dem Blickwinkel der Integration der präklinischen ambulanten Akutversorgung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst gesehen. Der genauso wichtige und abzudeckende Bereich der Feuerwehr und des Bevölkerungsschutzes wird völlig außer Acht gelassen. Einsätze von Feuerwehr und Rettungsdienst beginnen in den Integrierten Leitstellen, wenige davon entwickeln sich zu Großschadenslagen oder sogar Katastrophenlagen. Aber genau dann sind die heutigen Integrierten Leitstellen in der Lage, professionell zu agieren, um die Einsatzkräfte vor Ort bestmöglich zu unterstützen und um den Einsatzerfolg zu garantieren. Eine Reduktion auf reine Gesundheitsleitstellen kann nicht das Ziel einer Reform zur Verbesserung der Notfallversorgung sein, das wäre dann eher als „Verschlimmbesserung der Notfallversorgung“ zu bezeichnen.

In der Stellungnahme enthaltene Hinweise auf Leitstellensysteme im Ausland sind durchaus im Sinne einer strategischen Ausrichtung zu bewerten, um dortige Erfahrungen auf Praktikabilität in Deutschland zu prüfen. Eine ungefilterte Übertragung auf Deutschland unter Infragestellung etablierter Systeme zu fordern, kann jedoch nicht das Ziel sein. Als Fachverband Leitstelle wollen wir uns auf allen Ebenen für den Erhalt der Integration sowie für die Weiterentwicklung der Einsatzsteuerung von Feuerwehr und Rettungsdienst auch mit Blick auf den Bevölkerungsschutz engagieren. Dabei steht außer Frage, dass sich die Leitstellen enger als bisher mit den Vermittlungszentralen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes vernetzen müssen, sei es in einer räumlichen Einheit oder über eine intensive technische und prozessuale Vernetzung. Das alles mit dem Ziel, Patient*innen die richtige Hilfe zukommen zu lassen, um diese dem richtigen Sektor der akuten Notfallversorgung zuzuführen.

112 und 116117 flächendeckend in gemeinsamen Leitstellen oder mit bundeseinheitlicher Schnittstelle nach abgestimmten Abfrageverfahren (nicht zwingend einheitliche Software/Technik) vernetzen.

Ein Notfall ist stets top down zu prüfen, d.h. zeitkritische lebensbedrohliche Erkrankungen und Verletzungen müssen zuerst geprüft und mit Rettungsmitteln beschickt werden. Nicht lebensbedrohliche Erkrankungen oder Verletzungen werden dann standardisiert im System der ambulanten Akutversorgung weiterbearbeitet.

112 und 116117 sollen flächendeckend in gemeinsamen Leitstellen oder vernetzt nach abgestimmten Verfahren arbeiten. Wer die Arbeitsprozesse des anderen Partners kennt, geht miteinander kooperativ und professionell um. Der Fachverband Leitstellen e.V. favorisiert daher eine räumliche Zusammenlegung der beiden Aufgabenbereiche.

Das in den Servicezentralen der Kassenärztlichen Vereinigung genutzte Abfragesystem SmED ist geeignet, eine notfallmedizinische Ersteinschätzung vorzunehmen. Die Nutzung von standardisierten Abfragesystemen ist ein bundesweiter Trend und in etlichen landesrechtlichen Vorschriften bereits für die Integrierten Leitstellen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr gesetzlich verankert. Diese Programme dienen der Abfrage von Einsatzszenarien aus den Bereichen „Rettungsdienst“, „technische Hilfeleistung“ und „Brandschutz“. Die Schnittstelle zwischen den Leitstellen der öffentlichen Gefahrenabwehr und den Servicezentralen der Kassenärztlichen Vereinigung muss die gegenseitige Transparenz der Prozesse gewährleisten. Ziel einer solchen einheitlichen Schnittstelle ist dann der medienbruchfreie und sofortige Datenaustausch aller relevanten Daten des Hilfeersuchens zwischen der 112 und der 116117 in bidirektionaler Richtung. Etwaige „Ping-Pong – Effekte“ sind auszuschließen, in dem das Ergebnis des jeweiligen anrufannahmenden Abfragesystems (SmED oder Notrufabfragesystem der Leitstelle) als gesichert für die weitere Dispositionsaufgabe übernommen wird.

Es ist nicht erforderlich, eine einheitliche Software/Technik vorzuhalten, sondern die Verfahren und Einsatzgrundsätze sind auf einander abzustimmen und zu harmonisieren. Vorzugsweise sollten hier anstelle der Vorgabe einer konkreten Softwarelösung die medizinischen Standards definiert werden. Der Fachverband Leitstelle e.V. bietet dazu eine Zusammenarbeit zur Beschreibung der organisatorischen und technischen Prozesse an.

Unabhängig davon, an welcher Stelle der Erstkontakt mit den Anrufenden erfolgt, muss eine **ärztliche Erstberatung bereits bei Erstkontakt der anrufannahmenden Stelle ermöglicht werden**

Die anrufannahmenden Stellen, unabhängig davon, ob 112 oder 116117, müssen in der Lage sein, die Hilfesuchenden direkt an eine ärztliche Kontaktstelle zu vermitteln, welche eine telefonische, ggf. videounterstützte, medizinische Beratung vornimmt.

Qualitätsziel: Erreichbarkeit der 112 und 116117

Unabhängig von der jeweiligen Organisationsform der Leitstelle bemisst sich die Leistungsfähigkeit einer (jeden) Leitstelle vor allem nach der Erreichbarkeit. Ein Setzen des Qualitätsparameters Anrufannahmezeit (Zeitspanne zwischen dem ersten Klingeln und dem Abheben des Telefonhörers), die Einheitlichkeit der Abfrage und Verarbeitung der Abfrageergebnisse würde durch die zu definierenden Standards und nicht durch die bloße Vorgabe einer nicht für alle Einsatzzwecke der öffentlichen Leitstellen optimalen Softwarelösung erreicht werden.

Die in der vierten Empfehlung der Regierungskommission gesetzten Zielerreichungsgrade zur Erreichbarkeit der 112 („sofort“) und 116117 („maximal drei Minuten für > 75 % aller Anrufe“ und maximal zehn Minuten für > 95 % aller Anrufe.) ist für die 116117 viel zu niedrig angesetzt. Wenn 25% der Anrufenden länger als drei Minuten und 5% länger als 10 Minuten (!) in der Warteschleife verharren müssen, wird letztendlich doch schnell zur 112 gegriffen. Der Fachverband Leitstelle e.V. verfügt über große Expertise bei Qualitätskennzahlen und bietet ebenso hier die Mitarbeit an, nicht zuletzt auch, um den Zielerreichungsgrad „sofort“ für die 112 genauer zu beschreiben.

Flächendeckend transparentes Netz von Angeboten der ambulanten Akutversorgung.

Die Einführung einer bundesweit einheitlichen Bedarfsplanung für die kassenärztliche Versorgung analog den Landesgesetzen zur Rettungsdienstbedarfsplanung, wird ausdrücklich begrüßt. Die Sicherstellungsverantwortung für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung und sollte dort auch bleiben. Dieses setzt voraus, dass die Kassenärztliche Vereinigung eine transparente Bedarfsbemessung und -vorhaltung mit angemessenen Reaktionszeiten für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zu erstellen hat.

Bei vielen Einsätzen werden regionale Besonderheiten zu berücksichtigen sein. Bereitschaftsärzte, Notfallpraxen oder gar gemeinsame Notfallzentren stehen nicht überall in gleicher Ausprägung zur Verfügung.

Es müssen zudem, analog zu den Vorgaben für den Rettungsdienst, Qualitätskriterien vorgegeben werden (z. B. Telefonannahmezeiten, Eintreffzeiten, Versorgungsdichte des ambulanten Bereitschaftsarztes inkl. Fachärzte). Der Hinweis der Regierungskommission, diesen Auftrag 24/7 sicherzustellen, unterstützen wir ausdrücklich. Dieses umfasst auch ein derartiges Angebot während der regulären Praxiszeiten.

Dispositionsrecht der anrufannahmenden Stelle gegenüber niedergelassenen Ärzten im Bereitschaftsdienst (sog. taktisches Weisungsrecht).

Der Fachverband Leitstellen e.V. fordert, je nach Organisationsform, ein Weisungsrecht der Mitarbeitenden in BOS-Leitstellen sowie in den Servicezentralen der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Disposition von Vertragsärzten bezüglich der Zeitpunkte und Abfolge der Arztbesuche bei den erfassten Patientinnen und Patienten.

Der bloße Verweis und die Ausweitung des Sicherstellungsauftrages in § 75 Abs. 1 b SGB V reichen nicht aus. Die Ärzte könnten so das System unterlaufen, indem sie die Übernahme der ambulanten Versorgung ablehnen und an den Rettungsdienst abgeben können.

Niederschwellige Hilfeleistungsangebote durch die Leitstellen, um adäquat auf die Hilfsersuchen reagieren zu können.

Der Fachverband Leitstellen e.V. begrüßt ausdrücklich die Forderung der Regierungskommission, dass mehr differenzierte, niederschwellige Ressourcen und Rettungsmittel, wie zum Beispiel dem N-KTW, mobilen Palliativteams, mobilen Psychologen, Krankentransportwagen, Taxen und Mietwagen durch die Integrierten Leitstellen eingesetzt werden können.

Bislang können in den Integrierten Leitstellen nur Rettungstransportwagen, Krankentransportwagen und Notarztwagen bzw. Rettungstransporthubschrauber, lokal an wenigen Standorten mittlerweile auch Gemeindefallsanitäter, auf der Seite des Rettungsdienstes alarmiert werden. Diese Rettungsmittel stellen jedoch oft kein adäquates Einsatzmittel für die hilfesuchenden Bürgerinnen und Bürger dar. Oftmals ergibt sich aufgrund der durch den Notarzt gestellten Diagnosen vor Ort ein anderes Bild als zunächst am Notruf erarbeitet. Zurzeit ist eine ambulante Behandlung durch den Notarzt systembedingt in diesen Fallkonstellationen je nach Bundesland nicht möglich. Der Vorteil einer kurzen ambulanten und abschließenden Weiterbehandlung durch den Notarzt würde zu einer weiteren Entlastung des Gesamtsystems führen.

Ergänzend fordern wir die Möglichkeit einer:

Ambulanten Behandlung und Ausstellung von Rezepten durch den Notarzt

Oftmals ergibt sich aufgrund der durch den Notarzt gestellten Diagnosen vor Ort ein anderes Bild als zunächst am Notruf erarbeitet. Zurzeit ist eine ambulante Behandlung durch den Notarzt systembedingt in diesen Fallkonstellationen je nach Bundesland nicht möglich. Der Vorteil einer kurzen ambulanten und abschließenden Weiterbehandlung durch den Notarzt würde zu einer weiteren Entlastung des Gesamtsystems führen.

Auch die

Vergütung auch von Fehleinsätzen des Rettungsdienstes, die Unterstützungsleistungen zum Einsatzgrund hatten,

führen zu einer fairen Finanzierung des Systems. Trotz einheitlicher Abfragesysteme und SOPs werden Fehlfahrten des Rettungsdienstes nicht auszuschließen sein. Diese Fehlfahrten (z. B. Rollstuhlfahrer ist aus dem Rollstuhl gefallen, vor-Ort-Behandlung nur durch RTW-Besatzung) werden bis jetzt in die Gebührenkalkulation (Kosten-Leistungs-Rechnung) eingerechnet und über alle Gebührenbescheide/Entgelte an die Versicherten und damit auf die Krankenkassen umgelegt. Eine direkte Vergütung für die erbrachte Leistung des Rettungsdienstbetreibers ist hier zielführend.

Eine bundesweit einheitliche Qualifikation für die Mitarbeitenden in den Leitstellen und Servicezentralen der Kassenärztlichen Vereinigung.

Der Fachverband Leitstelle e.V. begrüßt die Empfehlung der Regierungskommission, die Qualifizierung der Mitarbeitenden in der akuten medizinischen Versorgung an die aktuellen Bedürfnisse anzupassen und zu professionalisieren.

Mitarbeitende der BOS-Leitstellen und der Servicezentralen der Kassenärztlichen Vereinigung haben zahlreiche Übereinstimmungen bei den Anforderungen an die Bearbeitung eingehender Hilfeersuchen. Sie müssen kommunikativ sein, mit der Technik umgehen können, das medizinische Hilfeleistungssystem in seinem ganzen Spektrum beherrschen und sie müssen in kürzester Zeit sichere Entscheidungen treffen. Mitarbeitende in den anrufannahmenden Stellen müssen in sehr kurzer Zeit lebensbedrohliche Erkrankungen oder Verletzungen erkennen und adäquat reagieren.

Die Durchführung der Telefonreanimation und die Gabe von Hilfehinweisen im Rahmen der Ersten Hilfe müssen zum Beispiel beide Bereiche beherrschen. Es gibt demnach größere Überschneidungen im Anforderungsprofil, so dass eine in Teilen gemeinsame modulare Ausbildung effizient ist und das gegenseitige Verständnis fördert.

Abschließend bieten wir der Regierungskommission aktiv die Mitarbeit und fachliche Unterstützung im Themenkomplex „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“ an.

Glücksburg, im März 2023



Achim Hackstein



Marc Gistrichovsky



Maren Bartels



Hendrik Hänig



Reiko Lange



Volkmar Lang



Ilka Zerche



Meinolf Haase