

Notfall Rettungsmed 2024 · 27:135–142  
<https://doi.org/10.1007/s10049-022-00995-0>  
 Angenommen: 27. Januar 2022  
 Online publiziert: 10. März 2022  
 © Der/die Autor(en) 2022



# Integrierte Versorgung von Rettungsdienstpatienten. Konsentierete Empfehlungen für optimale Prozesse und Strukturen

Janett Rothhardt<sup>1</sup> · Silke Piedmont<sup>1</sup> · Enno Swart<sup>1</sup> · Bernt-Peter Robra<sup>1</sup> · Doreen Branse<sup>2</sup> · Patrick Comos<sup>3</sup> · Gina Grimaldi<sup>4</sup> · Felix Walcher<sup>4</sup> · Ludwig Goldhahn<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland; <sup>2</sup> DRK e.V. Generalsekretariat, Berlin, Deutschland; <sup>3</sup> BKK Dachverband e.V., Berlin, Deutschland; <sup>4</sup> Universitätsklinik für Unfallchirurgie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „Integrierte Notfallversorgung: Rettungsdienst im Fokus“ (Inno\_RD) bringt anhand datenbasierter Analysen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der (Notfall-)Versorgung in den Diskurs zum Gesetzentwurf zur Reformierung der Notfallversorgung ein.

**Methoden:** Die Handlungsempfehlungen (HE) basieren auf Analysen von drei Fokusgruppen mit Experten der Notfallversorgung, auf Rettungsdienst- und Krankenkassendaten und einer schriftlichen Patientenbefragung. Im Rahmen einer anschließenden Online-Befragung wurden 55 Aussagen (davon 35 HE und 20 vertiefende Statements) zwei getrennten Gruppen, d. h. den Fokusgruppenteilnehmern („purposive sampling“) und weiteren Experten der Notfallversorgung („convenience sample“) mit gesondertem Befragungslink) vorgelegt. Die Teilnehmer wurden gebeten, die Empfehlungen zu bewerten. 442 Fragebögen wurden für die Analyse berücksichtigt.

**Ergebnisse:** Alle 55 Aussagen wurden von beiden Gruppen mehrheitlich positiv bewertet ( $\geq 50\%$  Zustimmung), d. h. 19 Aussagen für den Bereich *Leitstelle*, 14 für *Patientenversorger*, 19 zur *Dokumentation und Evaluation* sowie drei HE, die die *Bevölkerung* adressieren. Vorschläge für die *Leitstellen* und die *Dokumentation und Evaluation* von Einsätzen wurden überwiegend mit starkem Konsens ( $>95\%$ ) und Empfehlungen für den Bereich *bevölkerungsbezogene HE* und *Patientenversorger* mehrheitlich mit Konsens ( $>75\text{--}95\%$ ) bewertet.

**Schlussfolgerung:** Die Aussagen fanden bei den an der Umfrage teilnehmenden Experten große Zustimmung. Die Empfehlungen sollten im Diskurs zur Organisation und Qualitätssicherung der Notfallversorgung berücksichtigt werden.

### Schlüsselwörter

Medizinische Notfallversorgung · Leitstellendisposition · Fokusgruppen · Befragung · Qualitätssicherung

## Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s10049-022-00995-0>) enthält die Fallvignetten und weitere Auswertungsdarstellungen.



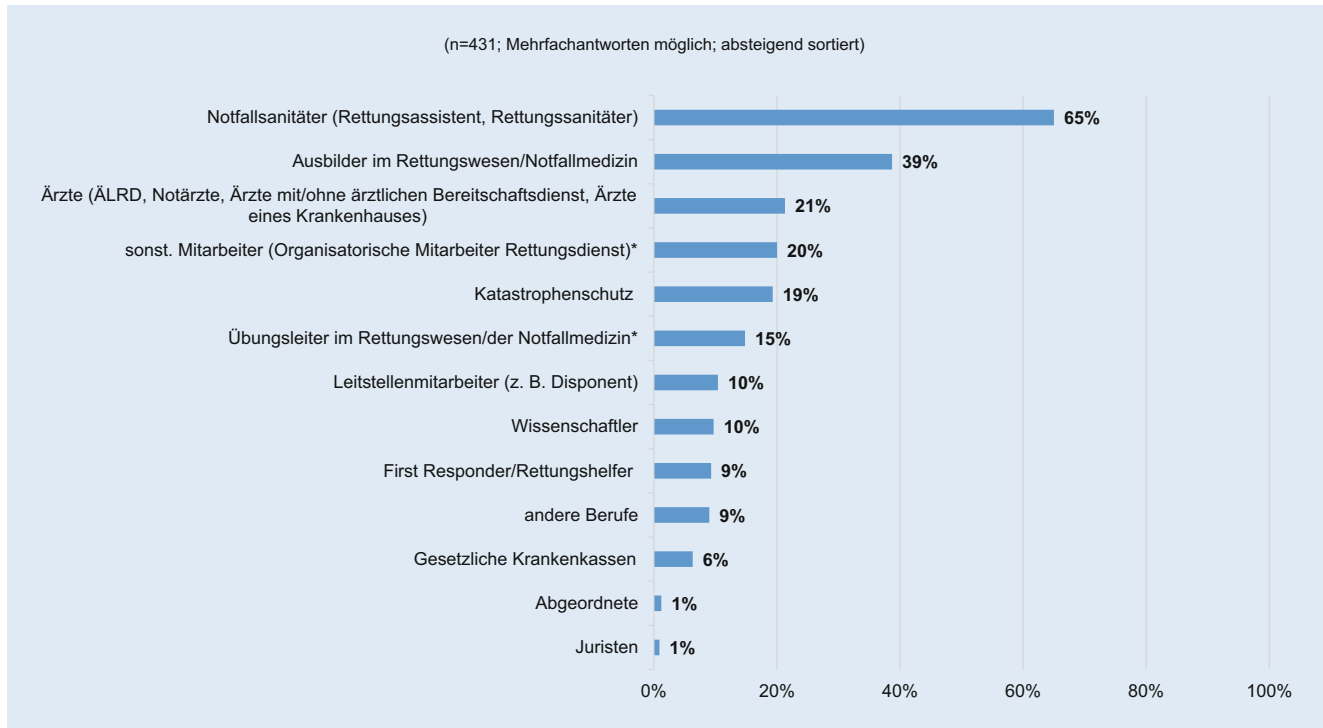
QR-Code scannen & Beitrag online lesen

## Hintergrund

In den letzten Jahren ist der Rettungsdienst mit einem erheblichen Anstieg seiner Einsatzzahlen konfrontiert [1, 2]. Als Gründe werden Bevölkerungsmerkmale wie bspw. steigender Anteil chronisch Kranker, Fami-

lienstand, Bildung, gesundheitliche Überzeugungen und Präferenzen sowie strukturelle Gegebenheiten des Gesundheitssystems angeführt [3–6].

Das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, Gesetzesvorha-



**Abb. 1** ▲ Berufsgruppen der Teilnehmer der Online-Befragung (n=431; Mehrfachantworten möglich; absteigend sortiert).  
 \* „Organisatorische Mitarbeiter RD“ sind bspw. Referenten eines Trägers wie der Malteser etc; „Übungsleiter“ sind u. a. nebenberufliche Ausbilder mit Schwerpunktqualifizierungen

ben und Gesetze des Bundesministeriums für Gesundheit [7–9] führten zu einer breiten Diskussion unterschiedlicher Akteure zum Reformbedarf in der Notfallversorgung.

An die Diskussion setzt das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „Integrierte Notfallversorgung: Rettungsdienst im Fokus“ (Inno\_RD) an, indem es aus dem Projekt entwickelte Handlungsempfehlungen (HE) zur Verbesserung der (Notfall-)Versor-

gung von Rettungsdienstpatienten in den Diskurs einbringt. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf dem Grad der Zustimmung zu den HE.

### Methode

Die HE basieren auf Analysen von drei Fokusgruppen (FG; zur Methodik vgl. [10, 11]) und weiteren projektbezogenen Erkenntnissen aus unten näher beschriebenen Datenquellen. Ziel der FG war die Erhebung von Verbesserungspotenzialen der (Notfall-)Versorgung von Rettungsdienstpatienten aus Sicht von Experten. Die FG fanden mit insgesamt 26 ausgewählten Experten der Notfallversorgung aus Deutschland und Nachbarländern im Sommer 2019 statt. Der Fokus bei der Auswahl der Experten lag u. a. auf einem breiten und langjährigen Erfahrungsspektrum, wissenschaftlicher Beschäftigung mit dieser Thematik, Veröffentlichungen oder regionaler Tätigkeit im Rettungsdienst. Die Experten vertraten folgende Bereiche: Gesundheitssystem (z. B. Ärzte aus dem ambulanten oder stationären Bereich), Rettungsdienst (z. B. Disponent, Notfallsanitäter, Notarzt),

Wissenschaft, Qualitätssicherung, Ausbildung, Politik und Justiz. Sie wurden gezielt auf drei FG verteilt, die durch Leitfragen der Moderatoren einen von drei Themenschwerpunkten (a. Prozesse; b. Strukturen; c. Recht/Qualifikation) diskutierten. Allen drei Gruppen wurden zwei einheitliche Fallbeispiele (sog. Fallvignetten [FV], s. Online-Zusatzmaterial 1; zur Methodik vgl. [12]) vorgelegt, um zunächst eine offene Diskussion anzuregen.

Die Inhalte der zwei FV kommen im rettungsdienstlichen Alltag vermehrt vor, stellen aber nicht zwingend eine Notfallsituation dar (Alkoholintoxikation und Katheterwiedereinlage [s. Online-Zusatzmaterial 1]). Die FV umfassen die Zeit vom Beschwerdebeginn im häuslichen/außerhäuslichen Setting bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus, um u. a. auch Übergänge in der Versorgung abzubilden. Jede FG diskutierte die jeweiligen Ausschnitte der Geschichte, bspw. den Anruf in der Leitstelle oder das Eintreffen der Notfallsanitäter mit ihren entsprechenden Entscheidungen.

Alle Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch nach

### Abkürzungen

<i>AWMF</i>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
<i>DGINA</i>	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V.
<i>DIVI</i>	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.
<i>FG</i>	Fokusgruppe(n)
<i>FG-TN</i>	Fokusgruppenteilnehmer
<i>FV</i>	Fallvignetten
<i>G-BA</i>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<i>HE</i>	Handlungsempfehlungen
<i>Inno_RD</i>	Integrierte Notfallversorgung: Rettungsdienst im Fokus
<i>TN</i>	Teilnehmer

Handlungsempfehlungen für die Leitstelle	Zustimmungsquote (%)
1. Es sollten einheitliche, softwarebasierte und gegebenenfalls durch künstliche Intelligenz (KI) gestützte Ersteinschätzungsverfahren in den Leitstellen etabliert werden.	83%
2. Diese Ersteinschätzungsverfahren sollten auch standardisierte, bedarfsorientierte Zusatzfragen enthalten.	98%
3. In Rettungsleitstellen sollte eine strukturierte und standardisierte Notrufabfrage etabliert werden.	94%
4. Die Abfragealgorithmen und die dazugehörigen Disponierungsempfehlungen sollten evidenzbasiert erfolgen.	99%
5. Krankentransporte (KTW) sollten 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche disponierbar sein.	88%
6. Es sollte über digitale Schnittstellen erreicht werden, dass den Leitstellen transparent und stets aktuell/in Echtzeit alle verfügbaren und gebundenen Ressourcen im Umkreis des Einsatzortes sichtbar sind, auch wenn es sich um Ressourcen eines anderen Rettungsdienstbereiches, Landkreises oder Bundeslandes handelt.	98%
7. Die Disponierungskriterien der Rettungsmittel sollten regelmäßig evaluiert werden.	100%
8. Die Kriterien zur Disponierung von Rettungsmitteln sollten bundeseinheitlich definiert werden.	86%
9. Wenn durch einen etablierten standardisierten Leitstellenalgorithmus und individuelle Nachfragen von dem Leitstellendisponenten keine Notfallsituation festgestellt wird, soll an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst vermittelt werden.	96%
10. Statt den Rufnummern 112 und 116117 sollte es nur eine zentrale Rufnummer für medizinische Notfälle geben.	53%
11. Für die Leitstellendisponenten sollte ein Mindest-Qualifikationsprofil entwickelt werden.	99%
12. Leitstellendisponenten sollten regelmäßig an Schulungen teilnehmen, in denen auch Kompetenzen zur telefonischen Anleitung standardisierter Erste-Hilfe-Maßnahmen vermittelt werden.	99%
13. Jede Software zur Notrufabfrage sollte für den Leitstellendisponenten im Bedarfsfall automatisiert eine standardisierte Anleitung zu Erste-Hilfe-Maßnahmen anzeigen.	97%
14. Es bedarf einer Evaluierung des Notarztindikationskataloges.	96%

**Abb. 2** ▲ Handlungsempfehlungen für die Leitstelle für die Gesamtheit der Teilnehmer ( $n = 442$ ; sortiert nach Abfragereihenfolge in der Online-Befragung; *dunkelgrün* starker Konsens [ $>95\%$ ], *hellgrün* Konsens [ $>75-95\%$ ], *orange* mehrheitliche Zustimmung [ $>50-75\%$ ])

Mayring [13] durch zwei unabhängige Codierer induktiv und deduktiv ausgewertet. Beim deduktiven (gerichteten) Vorgehen wurde im Vorfeld ein Kategoriensystem erstellt, während beim induktiven Verfahren aus dem Text heraus Kategorien entwickelt wurden (ungerichtetes Vorgehen). Beide Verfahren dienen dazu, Verbesserungspotenziale für Prozesse, Strukturen und Qualifikationen sowie rechtliche Aspekte aus den Transkripten unabhängig voneinander herauszuarbeiten.

Weitere Erkenntnisquellen des Projekts waren pseudonymisierte Rettungsdienstprotokolle, Abrechnungsdaten von Betriebskrankenkassen und eine Befragung von Versicherten zu ihren Erfahrungen mit dem Rettungsdienst [6, 14]. Auf

der Einsatz- bzw. Patientenebene wurden Verknüpfungen dieser Datenquellen umgesetzt (siehe hierzu exemplarisch „linkage“ Rettungsdienstprotokolle mit Abrechnungsdaten [15]).

Aus den Daten der FG, Analysen von Befragungs- und Sekundärdaten sowie Erfahrungen des Projektkonsortiums wurden 55 Aussagen (davon 35 HE und 20 vertiefende Statements) abgeleitet. Zum Teil wurden auch HE zu Sachverhalten formuliert, die in den FG kontrovers diskutiert worden waren. Mit der Befragung von FG-TN und weiteren Experten der Notfallversorgung sollte überprüft werden, ob die abgeleiteten HE die Veränderungsbedarfe aus Expertensicht richtig wiedergeben. Die Aussagen wurden nach Prätest und Dis-

kussion mit dem wissenschaftlichen Beirat des Projekts insbesondere sprachlich überarbeitet.

Die HE orientieren sich hinsichtlich der Stärke der Formulierung an dem AWMF-Regelwerk „Leitlinien: *Graduierung der Empfehlungen*“ [16]. Sie sind daher als „sollte/sollte nicht“ formuliert. Prätest ( $n = 14$ ) und Hauptbefragung ( $n = 442$ ; Juli/August 2020) wurden mit dem Online-Befragungstool SoSci-Survey (SoSci Survey GmbH, München, Deutschland; <https://www.soscisurvey.de/>) durchgeführt. Insgesamt 34 HE und neun Statements konnten mit vier Antwortalternativen bewertet werden („stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“; ergänzt um „keine Angabe“). Für zwölf Aussagen gab es andere Antwortskalen (bspw. eine Auswahl zukünftiger Disponierungsmöglichkeiten). Die 26 FG-TN erhielten einen separaten Link zur Befragung. Ein gesonderter Link zum identischen Fragebogen wurde den Beiratsmitgliedern, den Kooperationspartnern (z. B. den beteiligten Betriebskrankenkassen), notfallmedizinischen Fachgesellschaften (z. B. DIVI, DGINA), dem Bundesverband Ärztliche Leiter Rettungsdienst und Hilfsorganisationen des Rettungsdienstes mit der Bitte um Streuung an ihre Experten übermittelt (Schneeballprinzip). Die anonyme Befragung beruhte auf Freiwilligkeit ohne Einsatz von Incentives.

Es wurden alle Fragebögen ausgewertet, deren letzte inhaltliche Seite erreicht wurde;  $n = 165$  Fragebögen wurden aus diesem Grund ausgeschlossen. Für jede HE musste eine Aussage getroffen werden. Bei Filterfragen reduzierte sich die Fallzahl auf jene Befragten, die diese Subfragen angezeigt bekamen. Personen, die die Option „keine Angabe“ wählten, wurden in der Analyse fallweise ausgeschlossen. Antworten zu HE, die auf einer Vier-Punkte-Skala bewertet werden konnten, wurden dichotomisiert (43 HE). Die anderen zwölf Aussagen wurden ohne Dichotomisierung deskriptiv ausgewertet. Die Ergebnisse werden für beide Gruppen der Befragten gemeinsam dargestellt ( $n = 442$ ).

Nach dem AWMF-Regelwerk [17] besteht ein „starker Konsens“ bei einer Zustimmung von  $>95\%$  der TN; „Konsens“ bei  $>75-95\%$ , „mehrheitliche Zustim-

Handlungsempfehlungen für die Patientenversorger	Zustimmungsquote (%)
15. Das Rettungsdienstpersonal sollte mehr Handlungsoptionen bei der Auswahl des adäquaten Versorgungsziels für ambulante Fälle erhalten.	93%
16. Die Versorgung am Einsatzort sollte auch abrechnungsfähig sein, wenn kein Transport oder keine notärztliche Leistung erfolgt.	95%
17. Die Ausbildung der Notfallsanitäter sollte um Pflichtinhalte erweitert werden, um auch in Einsätzen ohne Notwendigkeit einer Notarztbeteiligung den weiteren Behandlungsbedarf einschätzen zu können.	95%
18. Es sollte eine Evaluation dieser Pflichtinhalte geben.	100%
19. Es sollten evidenzbasierte Standard Operating Procedures (SOP) für allein durch Notfallsanitäter*innen betreubare Patienten erstellt werden.	95%
20. Diese sollten einer regelmäßigen Evaluation und Überarbeitung unterzogen werden.	100%
21. Es sollten in jedem Bundesland Telenotärzte implementiert werden, die bei Bedarf in Verbindung mit dem vor Ort befindlichen Rettungsdienstpersonal stehen.	78%
22. Telenotärzte sollten erfahrene Ärzte sein, die per Telefon - und/oder Videokonferenz auf das Rettungsmittel zugeschaltet werden können.	93%
23. Telenotärzte müssen nicht zwingend räumlich in der Leitstelle anwesend sein.	61%
24. Die Telenotärzte sollten bei Bedarf ebenfalls den Leitstellendisponenten zur Verfügung stehen.	88%
25. Notärzte und kassenärztlicher Bereitschaftsdienst sollten mit der Einführung der elektronischen Patientenakte vorhergehende Behandlungsdaten eines (Notfall-)Patienten einsehen können.	93%
26. Es sollten mehr Versorgungsnetzwerke für Pflegepatienten auf- oder ausgebaut werden, z. B. zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Fachärzten für (präventive) regelmäßige Haus- und Pflegeheimbesuche.	97%
27. Das Krankenhaus sollte den mit der Qualitätssicherung im Rettungsdienst betrauten Einrichtungen (z. B. Ärztlicher Leiter Rettungsdienst) auf der Basis einer rechtlichen Regelung und anhand eines zwischen diesen Akteuren abgestimmten Pseudonymisierungsverfahrens Daten über die weitere Patientenversorgung übermitteln.	91%

**Abb. 3** ▲ Handlungsempfehlungen für die Patientenversorger für die Gesamtheit der Teilnehmer ( $n = 442$ ; sortiert nach Abfragereihenfolge in der Online-Befragung; *dunkelgrün*: starker Konsens [ $>95\%$ ]; *hellgrün*: Konsens [ $>75-95\%$ ]; *orange*: mehrheitliche Zustimmung [ $>50-75\%$ ])

„keine Zustimmung“ bei  $>50-75\%$  und „kein Konsens“ bei  $<50\%$ .

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität hat das Forschungsprojekt positiv begutachtet (65/18). Die Landesdatenschutzbeauftragten Bayerns, Baden-Württembergs und Sachsens-Anhalts, das Bundesversicherungsamt und die Datenschutzbeauftragte der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität haben dem Forschungsvorhaben zugestimmt.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden 442 Fragebögen berücksichtigt. Von den 26 FG-TN nahmen 19 an der Befragung teil. Antworten zum aktuellen Beruf gaben 431 TN an (Mehrfachantworten möglich; **Abb. 1**). Alle Teilnehmer weisen überwiegend mehrjährige Berufserfahrung auf ( $n = 425$ ; Median = 16; Modus = 20). Die weiteren erhobenen Merkmale wie Tätigkeitsfeld und dessen regionale Zuordnung sowie Aktivität in Fachgesellschaften sind für die Zielsetzung des Artikels nicht relevant.

Alle 43 dichotomisierten Empfehlungen wurden durch beide Gruppen mit mindestens „mehrheitlicher Zustimmung“ bewertet (jeweils  $\geq 50\%$  der Befragten). 20 HE fallen für beide Gruppen in die Kategorie „starker Konsens“, 21 in den Bereich „Konsens“ und zwei Empfehlungen in die Gruppe „mehrheitliche Zustimmung“.

## Handlungsempfehlungen für Leitstellen

Von 14 HE erhielten neun „starken Konsens“, vier „Konsens“ und eine „mehrheitliche Zustimmung“ (**Abb. 2**). Vertiefend zu den in **Abb. 2** aufgelisteten HE Nr. 3 und 11 äußerten beide Gruppen mehrheitlich den Wunsch nach einer bundesweit einheitlichen Etablierung der Notrufabfrage (Nr. 3; zusammen 74%;  $n = 412$ ) und nach einem bundesweiten Mindestqualifikationsprofil für Disponenten (Nr. 11; 71%;  $n = 438$ ).

Antworten auf die Frage, welche Disponierungs- und Weitervermittlungsmöglichkeiten die Leitstellen zukünftig haben sollten, sind dem Online-Zusatzmaterial 2 zu entnehmen.

## Handlungsempfehlungen für Patientenversorger

Von 13 HE im Bereich der Patientenversorger erhalten drei HE „starken Konsens“, neun „Konsens“ und eine „mehrheitliche Zustimmung“ (**Abb. 3**). Bezüglich der Dateneinsicht in die elektronische Patientenakte durch Notärzte und kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Nr. 25) – bei der insgesamt starker Konsens besteht – sprechen sich 76% für eine Widerspruchslösung und 24% für eine Zustimmungslösung durch Patienten aus ( $n = 406$ ).

## Handlungsempfehlungen für die Dokumentation und Evaluation von Einsätzen

Weitere 13 HE betreffen die Dokumentation und Evaluation von (Notfall-)Einsätzen (**Abb. 4**). Sieben HE wurden von beiden Expertengruppen mit „starkem Konsens“, sechs mit „Konsens“ bewertet. Zugleich wurde sich in den Statements mehrheitlich für *bundesweite* Standards ausgesprochen (siehe Online-Zusatzmaterial 3).

Handlungsempfehlungen für die Dokumentation und Evaluation von Einsätzen	Zustimmungsquote (%)
28. Innerhalb der präklinischen Notfallversorgung sollte für Leitstellen eine standardisierte Mindest-Dokumentation eingeführt werden.	96%
29. Diese standardisierte Mindest-Dokumentation sollte in regelmäßigem Turnus optimiert werden.	99%
30. Bei dem Einsatzpersonal des Rettungsdienstes (Notfallsanitäter, Notärzte etc.) sollten standardisierte Dokumentationen eingeführt werden.	99%
31. Diese Dokumentationsstandards sollten in einem regelmäßigen Turnus optimiert werden.	100%
32. In der präklinischen Notfallversorgung ist eine standardisierte Definition, Einführung, Dokumentation und kontinuierliche Evaluation von Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erforderlich.	99%
33. Zur Entwicklung einer standardisierten Dokumentation gehört auch eine Harmonisierung der Datensätze (z. B. Minimaler Notfalldatensatz [MIND] /Datensatz Notaufnahme der DIVI).	98%
34. Zur Entwicklung einer standardisierten Dokumentation gehört auch eine Definition von interoperablen Schnittstellen zu anderen Versorgern.	96%
35. Es sollte Leitstellen, Notfallsanitätern und Notärzten zur Pflicht erklärt werden, digital zu dokumentieren. Eine entsprechende Technik muss zur Verfügung gestellt werden.	91%
36. Im Rahmen der digitalen Erfassung sollten schon bei der Eingabe (z. B. in die Tablets) Plausibilitätsprüfungen stattfinden, so dass fehlerhafte und/oder unvollständige Eingaben der eintragenden Person rückgemeldet werden.	93%
37. Im Zuge der Abrechnung sollte bundeseinheitlich den Kostenträgern übermittelt werden, welche Transportmittel eingesetzt wurden und ob ein Notarzt beteiligt war.	94%
38. Es sollte das ärztliche oder nicht-ärztliche Personal im Rahmen der Einsatzdokumentation als Pflichtangabe festhalten, ob nach standardisierten Kriterien ein Notfall vorliegt.	89%
39. Die Daten des Rettungsdienstes sollten pseudonymisiert in eine länderübergreifende Datenbank eingespeist werden, aus der alle Datenlieferer zur eigenen Qualitätssicherung anonymisierte und aggregierte (Vergleichs-)Daten abfragen können.	89%
40. In Bundesländern, wo dies noch nicht der Fall ist, sollte die Gesetzeslage bzgl. der digitalen Dokumentation von Rettungsdienstdaten so angepasst werden, dass eine Nutzung dieser Daten für die Forschung und Qualitätssicherung sichergestellt wird.	95%

**Abb. 4 ▲** Handlungsempfehlungen für den Themenbereich Dokumentation und Evaluation von Einsätzen für die Gesamtheit der Teilnehmer ( $n = 442$ ; sortiert nach Abfragereihenfolge in der Online-Befragung; dunkelgrün starker Konsens [ $>95\%$ ], hellgrün Konsens [ $>75-95\%$ ])

## Handlungsempfehlungen, die die Bevölkerung adressieren

Folgender HE, die die *Bevölkerung* adressiert, wurde von beiden Gruppen mit 96% ( $n = 436$ ) zugestimmt: „Es bedarf Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, damit diese den Rettungsdienst bei potenziell bedrohlichen Anlässen wie ziehenden Brustschmerzen häufiger und bei in der Regel unkritischen Situationen (wie z. B. Harnblasenkatheterwechsel) nur noch in Einzelfällen mit besonderem, medizinisch begründetem Bedarf nutzen.“ Zwei weitere HE erreichten Konsens: „Die Bevölkerung sollte stärker über Alternativen zur Rufnummer 112 informiert werden.“ (92%;  $n = 438$ ) und „Pa-

tienten und Angehörige sollten häufiger vom klinischen oder prähospitalen Personal über psychosoziale Unterstützungsangebote informiert werden (z. B. Informationen bei Alkoholabusus).“ (79%;  $n = 428$ ).

## Diskussion

Der hier berichtete Konsensprozess ergänzt eine Analyse sektorübergreifender Daten zu Rettungsdiensteinsätzen um Problemsichten und Handlungsempfehlungen von Experten aus dem Praxisfeld. An Politik und Verbände gerichtete Handlungsempfehlungen wurden u. a. in Fokusgruppen vorbereitet, anschließend kondensiert und durch einen Survey konsentiert.

Leitstellen sollten aus Expertensicht erweiterte Disponierungs- und Weitervermittlungsmöglichkeiten erhalten, wobei (u. a. durch entsprechenden Personalschlüssel, technische Unterstützung und Weiterbildung) sichergestellt sein muss, dass Kernaufgaben der Leitstellen nicht darunter leiden. Alternativen zur Rufnummer 112 sollten gestärkt und deren Aufgaben und Erreichbarkeit der Bevölkerung wirksamer vermittelt werden [18].

Aus Sicht der Befragten sollte es für Rettungsdienstpersonal – bei vertiefter Aus- und Weiterbildung (vgl. z. B. [19, 20]) – mehr Handlungsspielraum bei der Auswahl des adäquaten Versorgungsziels und der Versorgung vor Ort ohne anschließenden Transport geben. Dass sich die Mehrheit für evidenzbasierte Standard Operating Procedures für allein durch Notfallsanitäter betreubare Patienten ausspricht, könnte das Bedürfnis nach einer besseren rechtlichen Absicherung der Notfallsanitäter widerspiegeln.

Die Expertenempfehlungen konkretisieren den Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung [8] dahingehend, dass sowohl die Erfassung von Notrufen in den Leitstellen als auch die Dokumentation durch das Einsatzpersonal bundeseinheitlich erfolgen soll. Eine einheitliche, bundesländerübergreifende und pseudonymisierte Datenbank aller im Rettungsdienst Beteiligten kann zukünftig helfen, Qualität in der Patientenversorgung zu sichern. Wie bereits das *Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik* fordert, bedarf es auch aus Sicht der Befragten einer sektorenübergreifenden Versorgungsforschung, die auf einheitlichen Dokumentations- und Datenbankstrukturen beruht [21]. Hinzu kommt die Expertenempfehlung, auch bundesweite Evaluationskriterien zu etablieren.

## Limitationen

Das Hauptaugenmerk lag auf der Identifizierung von konsensfähigen HE, um diese in die Diskussion um die Fortentwicklung des Rettungsdienstes einfließen zu lassen. Ein kleiner Teil der Handlungsempfehlungen basiert auf Analyseergebnissen der Rettungsdienstdaten, die aufgrund der bestehenden Rechtsgrundlagen und aus-



baufähigen Digitalisierung auf Bayern und Baden-Württemberg beschränkt sind. Insgesamt sind durch die Analyse bundesweiter Krankenkassen- und Befragungsdaten, den Einbezug von Experten und Studien aus Deutschland und den Nachbarländern Handlungsempfehlungen entstanden, die für Deutschland insgesamt relevant sind. Aufgrund aktuell fehlender Statistiken über die Grundgesamtheit der im Rettungsdienst eingebundenen Personen sind keine Angaben möglich, ob z. B. das prozentuale Verhältnis der Notfallsanitäter zu Notärzten dem Verhältnis der aktuell in diesen Berufsgruppen in Deutschland aktiv Tätigen entspricht. Gleichwohl erscheinen die hier vorgelegten Ergebnisse mit einer adäquaten Teilnehmerzahl und der hohen Übereinstimmung zwischen den Gruppen als belastbare Grundlage für eine Diskussion über konkrete strukturelle und prozedurale Verbesserungen der integrierten Notfallversorgung.

#### Fazit für die Praxis

- Für Leitstellen bedarf es eines bundeseinheitlichen Mindestqualifikationsprofils für Disponenten, einer Überarbeitung der Ersteinschätzungs- und Disponierungsverfahren mit einheitlicher Dokumentation und Optionen einer bedarfsgerechten Weitervermittlung an andere Versorger.
- Einsatzpersonal sollte – bei vertiefter Aus- und Weiterbildung – mehr Handlungsspielraum bei der Auswahl des adäquaten Versorgungsziels und der Versorgung vor Ort ohne anschließenden Transport erhalten.
- Es sollte eine Einsicht in elektronische Patientenakten durch Notärzte und ärztlichen Bereitschaftsdienst ermöglicht werden, sofern kein Widerspruch des Patienten vorliegt.
- Die Digitalisierung und vernetzte Kommunikation zwischen Leitstelle und Einsatzmitteln und die digitale Stärkung interoperabler Schnittstellen (z. B. zw. prähospitalen und hospitalen Versorgern) sowie die Evaluierung der Dokumentation sollten optimiert werden.
- Trotz Zuständigkeit der Bundesländer sollte ein bundeseinheitlicher Rahmen für Qualitätssicherungszwecke angestrebt werden.

#### Korrespondenzadresse

**Janett Rothhardt, M.A.**

Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg, Deutschland  
janett.rothhardt@med.ovgu.de

**Danksagung.** Wir danken dem Innovationsfonds des G-BA für die Förderung (FKZ: 01VSF17032; Laufzeit: 01.04.2018–30.04.2021). Besonderer Dank gilt den Konsortial- und Projektpartnern, dem Inno\_RD-Beirat, allen Teilnehmern der Befragungen und Fokusgruppen, den Dateneignern und -lieferanten.

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

#### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** J. Rothhardt, S. Piedmont, E. Swart, B.-P. Robra, D. Branse, P. Comos, G. Grimaldi, F. Walcher und L. Goldhahn geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/ die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

#### Literatur

1. Schmiedel R, Behrendt H (2015) Leistungen des Rettungsdienstes 2012/13. BAST-Bericht M 260. Fachverlag NW in der Carl Schünemann Verlag GmbH, Bonn
2. Schmiedel R, Behrendt H (2019) Leistungen des Rettungsdienstes 2016/17. BAST-Bericht M 290. Fachverlag NW in der Carl Ed. Schünemann KG, Bonn

3. Vesper A, Sieber F, Groß S et al (2015) The demographic impact on the demand for emergency medical services in the urban and rural regions of Bavaria, 2012–2032. *Z Gesundheitswiss* 23(4):181–188. <https://doi.org/10.1007/s10389-015-0675-6>
4. Reinhold AK, Greiner F, Schirmeister W et al (2021) Der Notfall „geht“ ins Krankenhaus: Eine Befragung von Patienten mit niedriger Dringlichkeit in einer Notfallaufnahme mit regionaler Alleinstellung (Even low-acuity patients prefer hospital-based emergency care: A survey of non-urgent patients in an emergency department with unique regional position). *Med Klin* 116(6):511–521. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00681-4>
5. Breuer F, Pommerenke C, Wollenhaupt L et al (2020) Vorkommen von Frequent Usern und Frequent Callern in einem großstädtischen Rettungsdienst: Indikatoren eines unzureichenden Gesundheits- und Sozialsystems? *Notfall Rettungsmed* 23(2):122–131. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0600-6>
6. Piedmont S, Reinhold AK, Bock J et al (2021) Apart from the medical complaints—why do patients use emergency medical services? Results of a patient survey. *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1657-9676>
7. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland. Werkstattgespräch 7. September 2017, Berlin. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/2017-09-08\\_Notfall\\_Webseite.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017-09-08_Notfall_Webseite.pdf). Zugegriffen: 21. Sept. 2018
8. Bundesministerium für Gesundheit (2020) Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf\\_zur\\_Reform\\_der\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf) (Erstellt: 8. Jan. 2020). Zugegriffen: 27. Juli 2021
9. Bundesministerium für Gesundheit (2020) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz). [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/M/MTA-Reformgesetz-BT-181120.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/MTA-Reformgesetz-BT-181120.pdf) (Erstellt: 18. Nov. 2020). Zugegriffen: 27. Juli 2020
10. Xyländer M, Kleineke V, Jünger S et al (2019) Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 2. Überlegungen zum Begriff der Gruppe, zur Moderation und Auswertung von Gruppendiskussionen sowie zur Methode der Online-Gruppendiskussion. *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-0882-6325>
11. Pohontsch NJ, Müller V, Brandner S et al (2018) Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 1. Einführung und Überlegungen zur Methodenwahl und Planung (Group Discussions in Health Services Research—Part 1: Introduction and Deliberations on Selection of Method and Planning). *Gesundheitswesen* 80(10):864–870. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104379>
12. Otto H-U (Hrsg) (2003) Empirische Forschung und soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Luchterhand, München
13. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Beltz, Weinheim, Basel
14. Piedmont S, Reinhold AK, Bock J-O et al (2021) Which health-related reasons lead to prehospital

- emergency care and how does subjective emergency status connect to subsequent care? Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00832-2>
15. Goldhahn L, Piedmont S, Swart E (2021) Verknüpfung von Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen und Einsatzprotokollen des Rettungsdienstes: Brückenschlag durch Krankenversicherungsnnummer? Gesundheitswesen 83:102–112. <https://doi.org/10.1055/a-1630-7398>
  16. AWMF AWMF-Regelwerk Leitlinien: Graduierung der Empfehlungen. <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/II-entwicklung-graduierung-der-empfehlungen.html>. Zugegriffen: 16. Okt. 2020
  17. AWMF (2020) LL\_Entwicklung: Strukturierte Konsensfindung. AWMF-Regelwerk Leitlinien: Strukturierte Konsensfindung. Klassifikation der Konsensusstärke. <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/II-entwicklung-strukturierte-konsensfindung.html>. Zugegriffen: 29. Sept. 2020
  18. Roßbach-Wilk E, Beivers A, Dodt C (2019) Patientensteuerung von Notfallpatienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko. Notfall Rettungsmed 22(7):561–567. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0618-9>
  19. Dittmar MS, Glaser C, Kanz KG et al (2020) Delegation heilkundlicher Maßnahmen an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Bayern. Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00702-x>
  20. Deutsches Ärzteblatt (2019) Bayerische Notfallsanitäter erhalten mehr Kompetenzen. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107820/Bayerische-Notfallsanitaeter-erhalten-mehr-Kompetenzen> (Erstellt: 2. Dez. 2019). Zugegriffen: 12. Okt. 2020
  21. Fischer M, Kehrberger E, Marung H et al (2016) Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 19(5):387–395. <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

## Integrated emergency medical services. Consensus recommendations for optimal processes and structures

**Background:** The Innovation Fund-funded project “Integrated emergency care: A focus on emergency medical services” (Inno\_RD) develops data-based recommendations to improve (emergency) care to the discourse of a legal draft to reform emergency care.

**Methods:** The recommendations are based upon analyses of three focus group discussions with emergency care experts, data from emergency medical service providers and health claims data, as well as a written patient survey. Subsequently, in an online survey, 55 statements (35 recommendations and 20 propositions) were presented to two groups: the focus group participants (purposive sampling) and experts on emergency care (convenience sampling with a separate hyperlink). Participants were asked to evaluate the recommendations. A total of 442 questionnaires were used for analysis.

**Results:** In all, 55 statements were rated positively by a majority of both groups ( $\geq 50\%$ ): 19 statements for *dispatch centers*, 14 for *health care providers*, 19 for *documentation and evaluation* as well as three recommendations addressed to the *population*. Suggestions regarding *dispatch centers* as well as *documentation and evaluation* received mostly strong agreement ( $>95\%$ ). Recommendations referring to *patient provider and population* were confirmed with majority consensus ( $>75\text{--}95\%$ ).

**Conclusions:** The surveyed experts strongly approved the statements. Hence, the recommendations should be considered in the discourse on organization and quality assurance of emergency care.

### Keywords

Emergency medical care · Emergency medical dispatch · Focus groups · Surveys · Quality assurance

Hier steht eine Anzeige.

