Integrierte Versorgungskonzepte

Alles im Sinne der Patientensicherheit?

PD Dr. med. Max Skorning
Seniorberater, Leiter Stabsstelle Patientensicherheit
24. Januar 2017

MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

MDS ???

- **Beratung** für GKV-Spitzenverband
- **Koordination** der MDK
- Fachlich **unabhängig**
- **Gesetzl. verankert** in §282 SGB V
- **www.mds-ev.de**

Integration

Integrierte Leitstelle?

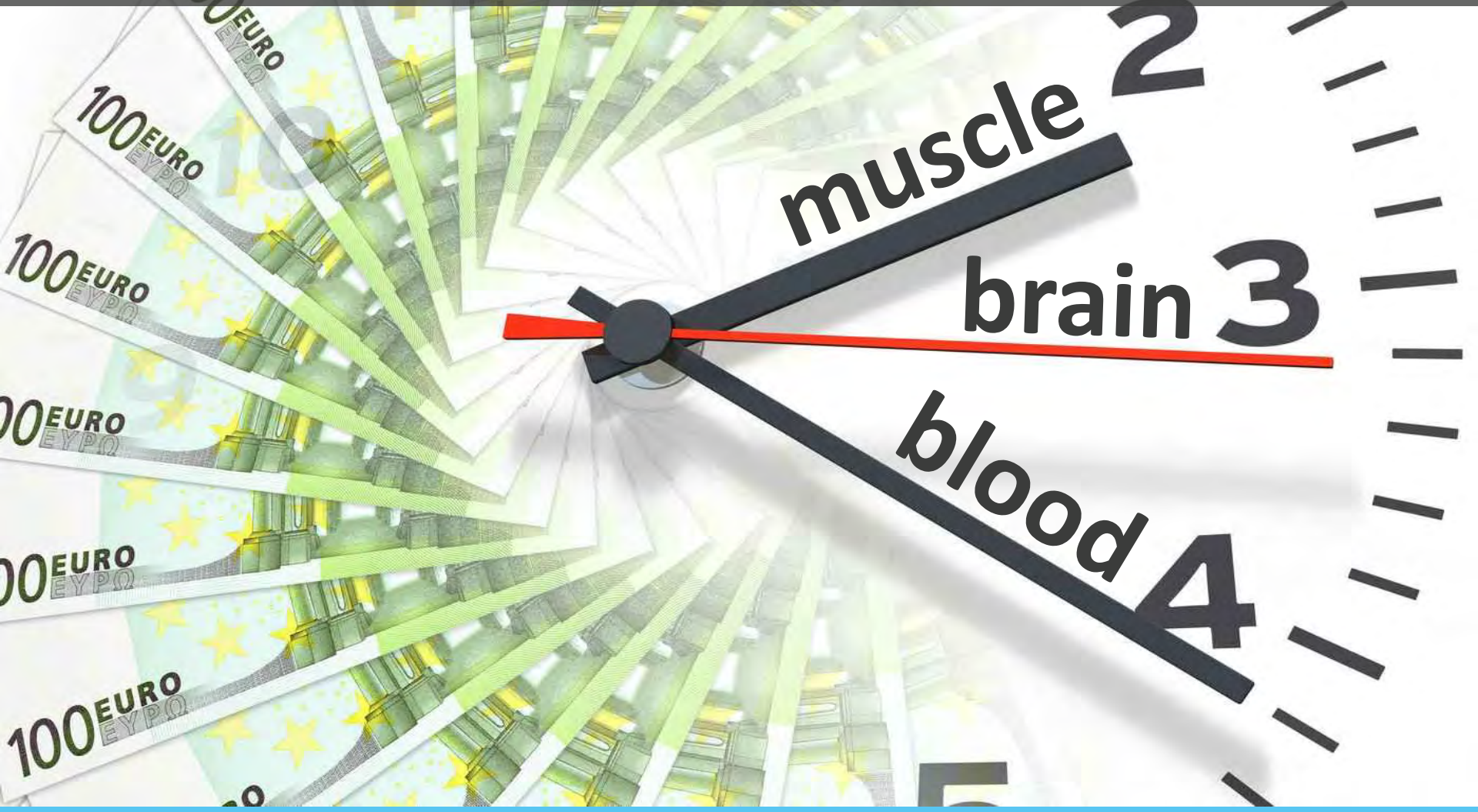
Integrierte Versorgung?

Wunschvorstellung
für das Zusammenwirken in der Notfallversorgung

stationär ***ambulant***

Zeit, Information, Kompetenz (im Entscheiden und Handeln)

Im Notfall: Time is …



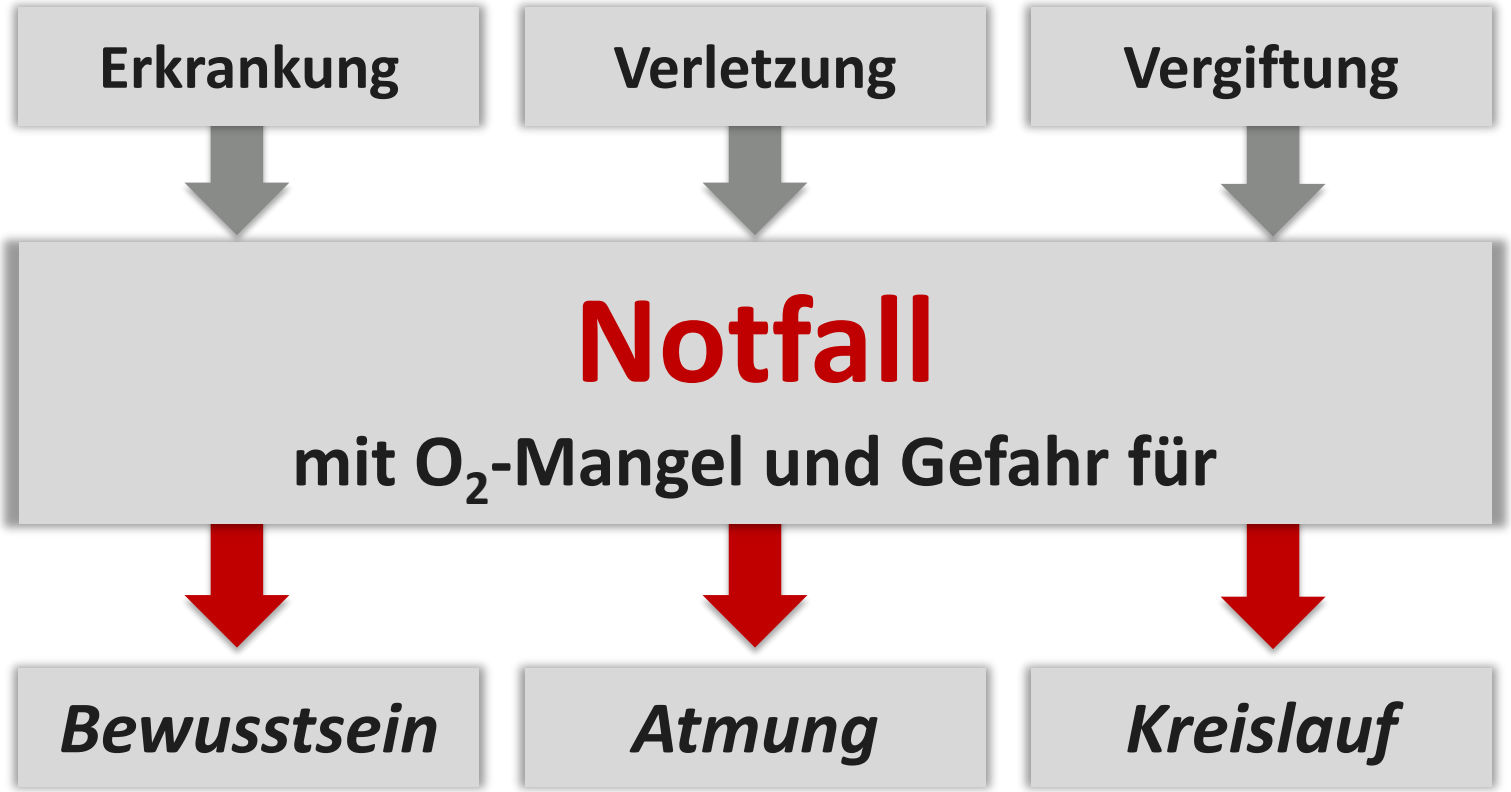
Faktor „Zeit“

Ein Notarzt in Deutschland erreicht in 95% der Fälle spätestens nach ... Minuten* den Einsatzort:

- *1995: **18,6** min*
- *1998: **20,2** min*
- *2000: **21,6** min*
- *2005: **22,3** min*
- *2012: **26,6** min*

*Gutachten zu „Leistungen des Rettungsdienstes“ der BASt

Klassische Definitionen des Notfalls



Lebensgefahr vorhanden oder drohend!

Ambulante Notfallversorgung

... zur Abwendung von Lebensgefahr?

Wenn das das Problem wäre, dann ...

Notfall-Definition
aktuell etabliert, „breit“

„Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische ***Veränderungen im Gesundheitszustand*** *aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson* ***unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung*** *als notwendig erachten.“*

Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B (2013)

Der Patient vor der Wahl

… im medizinischen „Notfall“

Notaufnahme

Arztpraxis

Rettungsdienst

KV-Bereitschaft

116117

oder Abwarten und Dr. Google fragen?

SVR-Gutachten, Juni 2014

201. Für eine bessere Notfallversorgung wäre eine Neuordnung, idealerweise mit einer Zusammenführung aller drei Bereiche – ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme der Krankenhäuser – wünschenswert. Besonders im ländlichen Raum ist dies mit Blick auf die Vorhaltekosten und die Belastung der knappen Arbeitskräfte nicht nur aus qualitativen, sondern auch aus ökonomischen Gründen geboten. Ein begrenztes hausärztliches Dispensierrecht zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung in Bereitschaftsdienstzeiten sollte ebenfalls erwogen werden. Ein Ziel sollte darin bestehen, verbreitete Überversorgung, vor allem unnötig hohe Inanspruchnahmefrequenzen und Inanspruchnahmen auf einer zu hohen bzw. zu spezialisierten Versorgungsebene, zu vermeiden. Daher sollte soweit wie möglich je Region eine zentrale Leitstelle mit einer einheitlichen Telefonnummer für den Patienten etabliert werden, um die Patienten der geeigneten Versorgung zuzuführen. Im Krankenhaus erscheint eine interdisziplinäre Notaufnahme mit einer Integration von breit qualifizierten Allgemeinmedizinern empfehlenswert; idealerweise sollte die Notfallpraxis in die Notaufnahme integriert oder zumindest angegliedert sein. Nicht nur im ländlichen Bereich kann eine angeschlossene Notfall- und Kurzlieger-Station eine sinnvolle Erweiterung sein. Auf dieser Station könnte für die Gruppe multimorbider Patienten, die nur einer kurzen Intervention bedürfen, allerdings häufig wiederaufgenommen werden müssen, der Schwerpunkt auf die Versorgungsplanung durch ein multiprofessionelles Team gelegt werden.

Gesetzgeber nimmt Notfallversorgung in den Blick

§ 75 SGB V Abs. 1b

KV soll den **Notdienst auch durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern** *sicherstellen*

§ 136c Abs. 4 SGB V

„G-BA beschließt ***gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme*** *an der Notfallversorgung.“*

SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG

Ziel ist eine bessere Kooperation

Die Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Sektor sowie zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen muss sich verbessern. Nur so lassen sich die Folgen von Personalmangel und demografischem Wandel auffangen.

Das Problem ist nicht neu: Seit Jahren diskutiert man darüber, dass sich die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen verbessern muss. An den Übergängen zwischen Krankenhaus und Praxis gibt es zu viele Reibungsverluste. Dasselbe gilt für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander. Dafür dass es hier seit Jahren kaum Fortschritte gibt, machen Experten unter anderem die unterschiedlichen Finanzierungssysteme im ambulanten und stationären Sektor verantwortlich. DRG-System und EBM passen nicht zueinander und verhindern die Durchlässigkeit im System. Das ist inzwischen offenbar auch in der Gesundheitspolitik angekommen.

„Die Finanzströme sind reformbedürftig", sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Maria Michalk, bei der Herbsttagung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 5. Oktober in Berlin. Darüber, wie eine sektorübergreifende Finanzierung gelingen könne, werde man in den nächsten Monaten diskutieren, kündigte Michalk an. „Eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist uns in Zukunft wichtig", betonte die CDU-Politikerin.

Dafür hatten sich zuvor bei einer Podiumsdiskussion auch der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. med. Andreas Gassen, und der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Thomas Reumann, ausgesprochen. „Etliche Probleme der Zukunft können wir nur gemeinsam lösen", betonte Gassen mit Blick auf eine alternde und zunehmend multimorbide Bevölkerung sowie den sich abzeichnenden Mangel an Gesundheitspersonal.

Es gibt zu viele Reibungsverluste zwischen den Sektoren. Da sind sich der KBV-Vorstandsvorsitzende Andreas Gassen und der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft Thomas Reumann einig.

Eine „kritiklose" Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sei jedoch nicht zielführend, schränkte der KBV-Chef ein.

Gassen kritisierte in diesem Zusammenhang den Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, der noch im November die parlamentarischen Hürden nehmen soll. Danach solle die intensivierte Behandlung psychisch Kranker im häuslichen Umfeld ausschließlich durch die Krankenhäuser organisiert werden. Gerade im ambulanten Bereich bestünden jedoch bewährte Strukturen der engmaschigen Betreuung und der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, erklärte Gassen. Der Gesetzgeber nehme mit der geplanten Neuregelung den Ausbau von Doppelstrukturen in Kauf.

DKG-Präsident Reumann plädierte ähnlich wie Gassen dafür, das Denken in Sektoren zu überwinden. Das gelte nicht nur für die Abschottung zwischen Krankenhäusern und Praxen, sondern auch für die Schnittstellen zur Rehabilitation und die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen. „Wir müssen an den Versorgungsbedarfen der Patienten ansetzen", forderte Reumann. „Wir dürfen die Diskussion nicht auf Fragen der Finanzierbarkeit verkürzen."

Dem hielt KBV-Vorstand Gassen entgegen, dass die sektorenübergreifende Versorgung nur gelingen könne, wenn es ein überzeugendes Finanzierungskonzept gebe. Das gelte auch für die Notfallversorgung. Diese müsse idealerweise extrabudgetär finanziert werden. Mit Blick auf die Portalpraxen niedergelassener Ärzte an Krankenhäusern, wie sie das Krankenhausstrukturgesetz vom vergangenen November zur Notfallversorgung vorsieht, warnte Gassen auch vor der Schaffung von Doppelstrukturen. Es sei nicht „sinnfrei", an jedem Krankenhaus eine Portalpraxis einzurichten. Es dürfe auch nicht dazu kommen, dass sich Patienten nebenbei weiter in der Krankenhausambulanz behandeln ließen, obwohl ihre Gesundheitsbeschwerden ebenso gut in der Praxis eines niedergelassenen Arztes behandelt werden könnten. Das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten sei ein „Riesenproblem".

Die Frage der Patientensteuerung griff auch Gesundheitspolitikerin

Dr. Gassen (KBV) im DÄB 14.10.2016:

„Es sei nicht nur „sinnfrei", an jedem Krankenhaus eine Portalpraxis einzurichten. Es dürfe auch nicht dazu kommen, dass sich Patienten nebenbei weiter in der Krankenhausambulanz behandeln ließen, ***obwohl ihre Gesundheitsbeschwerden ebenso gut in der Praxis eines niedergelassenen Arztes behandelt werden könnten****. Das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten sei ein „Riesenproblem".*

Der Schuldige ist also ausgemacht:

Der Patient!?

Der typische Patient in der Notaufnahme?

WAZ

Bereitschaftsdienst

Gladbecker hat Ärger mit der Notfallnummer 116 117

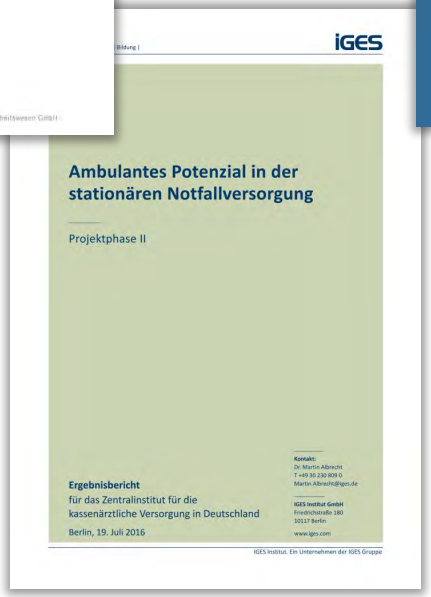
07.02.2013 | 08:00 Uhr

Die Notrufnummer 116117 des ärztlichen Bereitschaftdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen.
Foto: Sebastian Konopka

Gladbeck. **Eine halbe Stunde lang versuchte ein Gladbecker, unter der Rufnummer 116 117 den ärztlichen Bereitschaftsdienst der**

Laut Pressesprecher der KV Westfalen-Lippe dauere es durchschnittlich 2-3 Minuten, bis ein Anrufer verbunden werde. „Wir raten immer: Legen Sie nicht sofort auf. Der Anruf ist kostenlos“. Auflegen und neu wählen sei keine Alternative.

Auswahl aktueller Gutachten und Positionspapiere mit Bezug zur Organisation der Notfallversorgung



Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen

DIVI, DGAI, DGCH, DGIIN, DGINA, Notfall+Rettungsmedizin, Mai 2015

- 72 % der KH mit ZNA, in den übrigen dezentrale Notfallversorgung
- 21 Mio. Notfallpat. im KH, davon 10,7 Mio. ambulant
- Akut lebensbedrohte Patienten bis zu 10 %
- 7,1 Mio. Rettungsdienst (ca. 50 % mit Notarzt)
- 3,9 Mio. KV-Notdienst
- Jährliche Fallzahlsteigerung Notaufnahme/Rettungsdienst je 4-8 %
- Häufig personelle Unterbesetzung
- Verzögerter Abfluss der Patienten auf die Station bei „effizienter“ Bettenauslastung von > 90 %
- ...

Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen

DIVI, DGAI, DGCH, DGIIN, DGINA, Notfall+Rettungsmedizin, Mai 2015

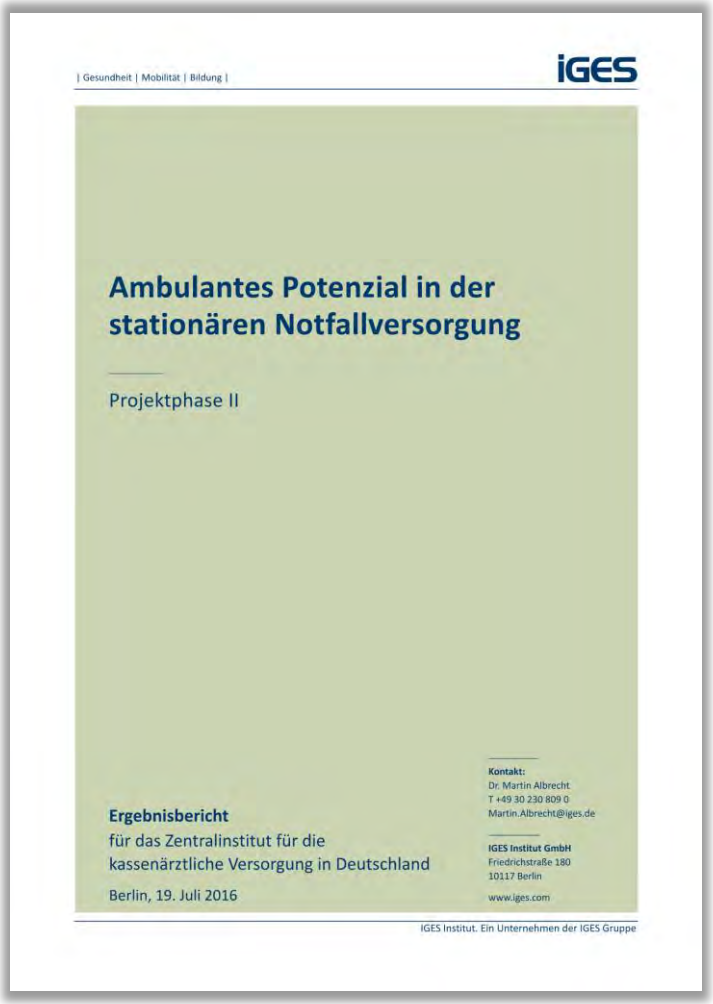
- „In Deutschland gibt es keine gesetzlichen Vorgaben für die Qualität von Notaufnahmen und auch keine Vorgaben für maximale Versorgungszeiten. Die in England oder Australien geforderten Standards werden von den meisten deutschen Notaufnahmen nach unserer Einschätzung in der Regel nicht erfüllt.“

- „Widersprüchlichkeit zwischen der medizinischen Relevanz der Notfallversorgung und ihrem bisherigen Stellenwert in der Gesundheitspolitik“

- Konkurrenz der Krankenhäuser zueinander erschwert Kooperation in Netzwerken zur Notfallversorgung

IGES-Gutachten

Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), 19.07.2016



| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

iGES

Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung

Projektphase II

Ergebnisbericht
für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Berlin, 19. Juli 2016

Kontakt:
Dr. Martin Albrecht
T +49 30 230 809 0
Martin.Albrecht@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe

Ergebnisse:

- Es gibt ein beträchtliches ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung
- 1,8 Mio. Fälle mit Erlösvolumen von 4,8 Mrd. Euro
- mehr als 1/3 der Fälle während regulärer Praxisöffnungszeiten

IGES-Gutachten

Ja, aber ...

- Ambulante Kosten werden nicht gegengerechnet!
- Medizinische ex-post-Betrachtung wenig brauchbar, hinterher ist man immer „schlauer“
  - *„Anschließend wurde auf Basis eigener medizinischer Expertise geprüft, inwiefern die Annahme plausibel ist, dass es typischerweise ambulant behandelt wird“*

Auswahl der vermeintlich ambulant behandelbaren Fälle „sportlich“

Oft Vorliegen der Leitsymptome „**Atemnot**“ oder „**Brustschmerz**“, die in der Regel unverzüglich notfallmedizinisch abgeklärt werden müssen im Sinne der Patientensicherheit!

Asthma

COPD

Angina pectoris

KHK

Tabelle 1: Auswahl ambulant-sensitiver Krankenhausfälle, Diagnosen und Filterkriterien

Erkrankung (ASK-Fallgruppe)	KH-Hauptdiagnose-Code(s)	angewendetes Filterkriterium
Asthma	J45, J46	–
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I10, I11.9	ohne DRG F67A
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestive) Herzinsuffizienz	I50, I11.0	–
Diabetes	E10.1-E10.8, E11.0-E11.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8	–
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41-J44, J47	–
Angina Pectoris	I20.1, I20.8, I20.9, I24.0, I24.8, I24.9	–
Dehydration	E86	–
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	H66, H67, J02, J03, J06,J31.2	–
Pneumonie (Lungenentzündung)	J12-J18	–
Akute Bronchitis	J20	–
Depression	F32	–
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25	ohne OPS-Code aus dem Kapitel 5: Operationen
Demenz	F00, F01, F02, F03	–
Rückenschmerzen	M42, M47, M53, M54	–
Alkohol- oder Opioidabhängigkeit	F10, F11	–
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	I05, I06, I08.0, I49.8, I49.9, I67.2, I67.4, I70, I73, I78, I80.0, I80.80, I83, I86, I87, I95, R00.0, R00.2, R47.0	–
Schlafstörungen	G47	–
Krankheiten des Auges	H25, H40	–
Krankheiten des Harnsystems	N30, N34, N39.0	–
Infektionen der Haut und der Unterhaut	A46, L01, L02, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L60.0, L72.1, L98.0	–
Infektiöse Darmkrankheiten	A01, A02, A04, A05, A07, A08, A09	–

Gutachten DKG und DGINA vom 17.02.2015

MCK

DGINA

Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus

-

Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse

der

Management Consult Kestermann GmbH (MCK)

erstellt in Kooperation mit der

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA)

Dipl.-Ges.-Ök. Christoph Haas (MCK)
Dipl.-Ök. Mathias Larbig (MCK)
Dr. med. Timo Schöpke, MBA (DGINA)

Klaus-Dieter Lübke-Naberhaus (MCK)
Dipl.-Ges.-Ök. Christopher Schmidt (MCK)
Dr. rer. pol. Matthias Brachmann (DGINA)
Prof. Dr. med. Christoph Dodt (DGINA)

Hamburg, 17.02.2015

Management Consult Kestermann GmbH
Hoheluftchaussee 95
20253 Hamburg

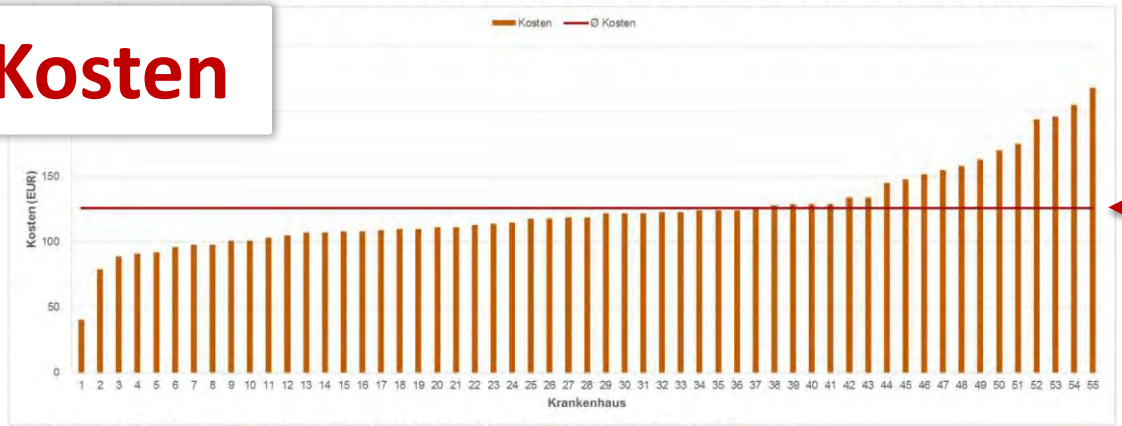
- Anteil vollstationärer Patienten des Krankenhauses, die über die Notaufnahmen aufgenommen werden, beträgt 51 %.

- „[...] dass rund die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern aufgrund der notwendigen notfallmedizinischen Leistungsinhalte grundsätzlich nicht im allgemeinen, organisierten Notfalldienst der KV versorgt werden können.“

Das Problem der Krankenhäuser?

Abbildung 11: Verteilung der durchschnittlichen Kosten für ambulante Notfälle

Kosten



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

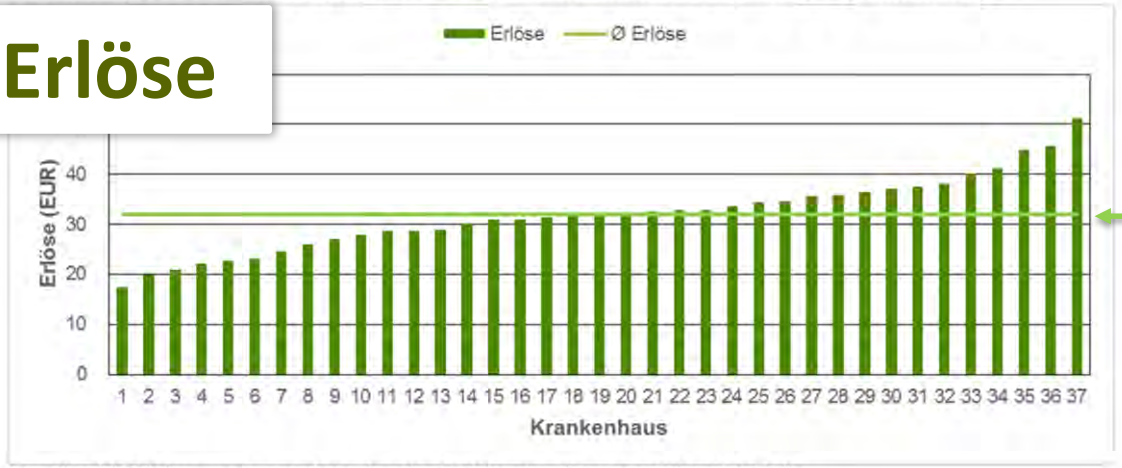
120 EUR

88 EUR

Fehlbetrag pro Fall?

Abbildung 15: Durchschnittliche Erlöse ambulanter Notfälle je Krankenhaus

Erlöse



Quelle: MCK Auswertungsdatenbank, 37 Krankenhäuser, 341.194 Fälle

32 EUR

DGINA-Papier zur Organisation der Notfallversorgung

20.07.2016

DGINA
Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V.

Berlin, den 20.07.2016

DGINA 2016: Organisation und Stufung der Notfallversorgung

Präambel

Die medizinische Notfallversorgung steht im Zentrum der Daseinsfürsorge und gewährleistet unmittelbare lebensrettende Maßnahmen, unverzügliche Stabilisierung der Körperfunktionen, zeitgerechte Diagnostik sowie eine optimale Vorbereitung einer fachspezifischen Therapie. Eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung muss unabhängig von Wohn- oder Unfallort für alle Patientinnen und Patienten verfügbar sein.

Notfallpatienten werden von mehreren notfallmedizinischen Fachgesellschaften als Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet. Eine umfassende Planung der Notfallversorgung muss sich an dieser weitreichenden Definition orientieren. Weil Patientinnen und Patienten die Dringlichkeit ihrer Beschwerden selbst oft nicht richtig einschätzen, muss der Zugang zur Notfallversorgung initial niederschwellig sein. Der weitere Versorgungsprozess ist so zu gestalten, dass er die akut notwendige Diagnostik und Therapie rasch und strikt am Patientennutzen orientiert steuert.

Eine Abstufung der Notfallversorgung ist sinnvoll, um personelle und technische Ressourcen sowie Kompetenzen zu bündeln. Allerdings muss jede Stufe der Notfallversorgung in der Lage sein, unmittelbare Lebensrettung zu gewährleisten und dafür qualitative Mindestanforderungen erfüllen, die auch in Versorgungseinheiten der niedrigsten notfallmedizinischen Versorgungsstufe vorgehalten werden.

*„Alle in einer Notaufnahme ankommenden Patienten müssen unmittelbar eine **strukturierte Ersteinschätzung** der Behandlungsdringlichkeit erhalten, um dringlich behandlungsbedürftige Patienten rechtzeitig zu identifizieren. Eine **anschließende ärztliche Behandlung** von Behandlungsfällen **mit Mitteln des ambulanten Sektors durch die KV** oder durch Krankenhäuser muss in jedem Notfallkrankenhaus bzw. Notfallzentrum nach Ersteinschätzung gewährleistet sein.“*

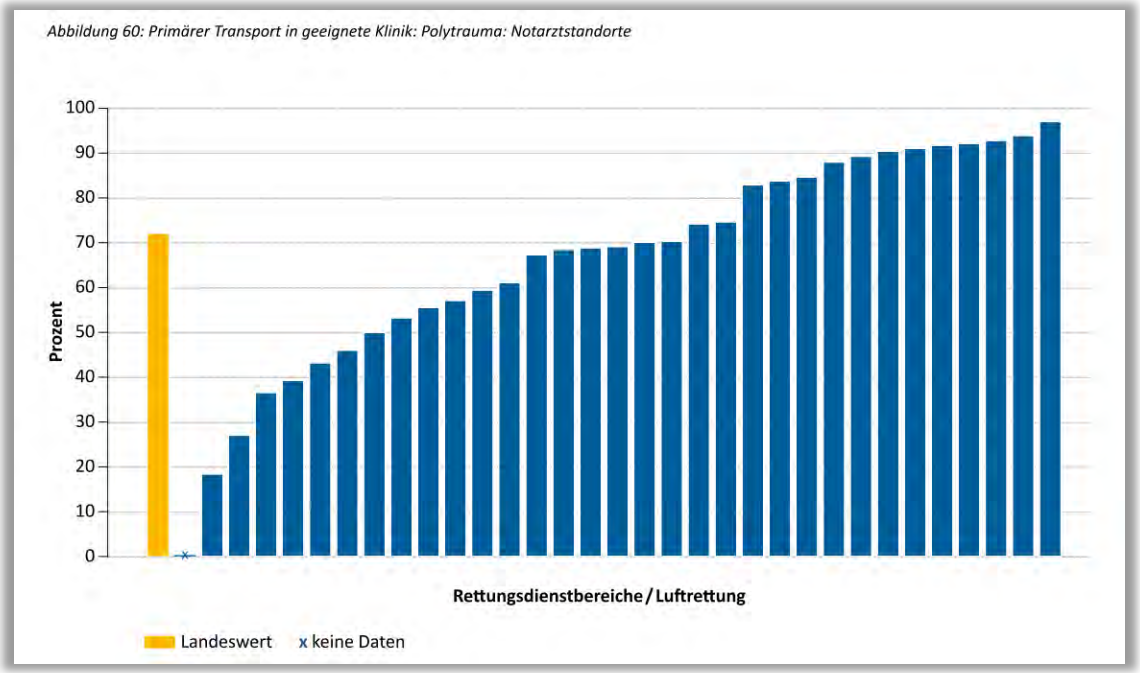
Manchester Triage System (MTS)

zur Bestimmung, wie schnell ein Patient **in einer Notaufnahme** behandelt werden muss (≠ Entscheidung ambulant vs. stationär)

Ziffer	Name	Farbe	Max. Zeit	Kontrolleinschätzung spätestens nach
Eintreffen bis Ersteinschätzung			5 Minuten	
1	Sofort	Rot	0 Minuten	
2	Sehr dringend	Orange	10 Minuten	10 Minuten
3	Dringend	Gelb	30 Minuten	30 Minuten
4	Normal	Grün	90 Minuten	90 Minuten
5	Nicht dringend	Blau	120 Minuten	120 Minuten

SQR-BW: QS im Rettungsdienst Baden-Württemberg

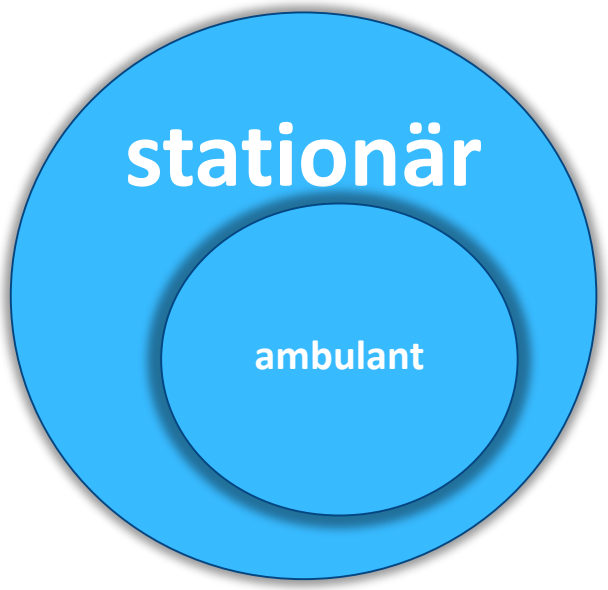
→ ca. 20-25% der „Tracer-Notfälle“ in ungeeignetes Zielkrankenhaus



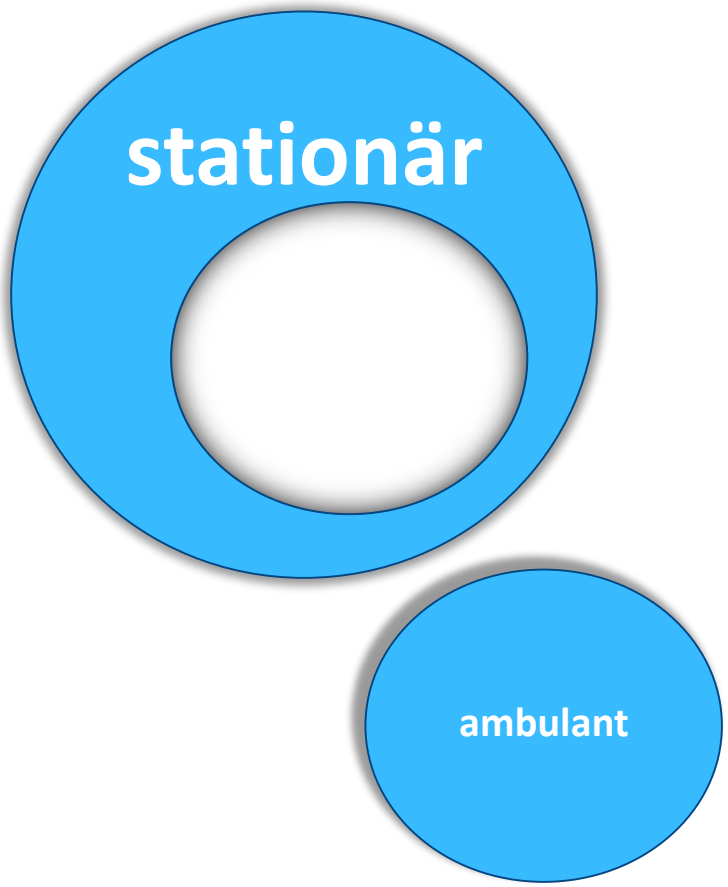
Z. B. nur 72,1% der Polytrauma-Patienten mit primärem Transport in geeignete Klinik!

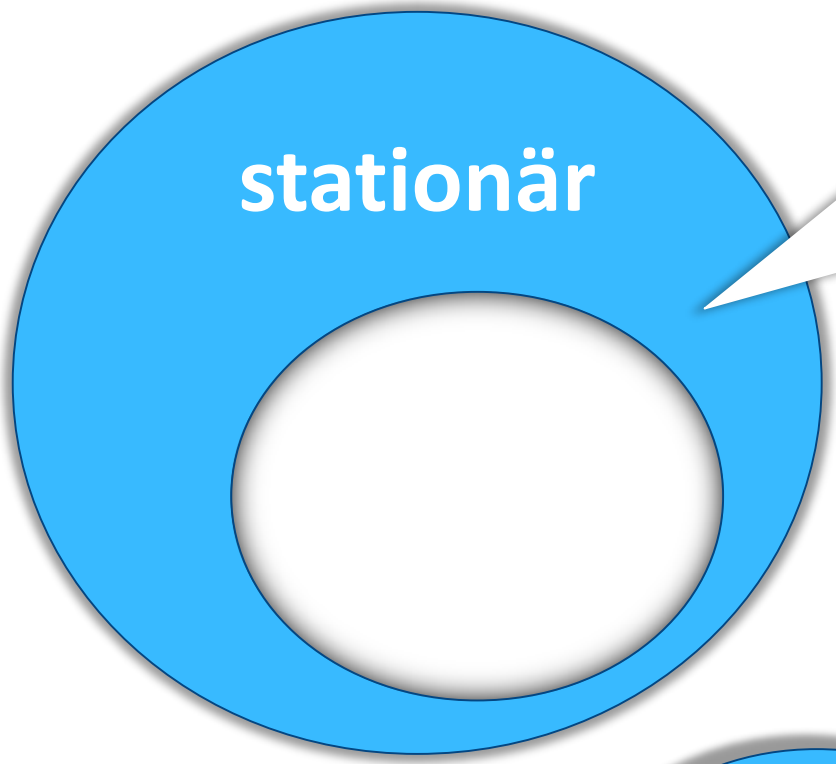
Keine Doppelvorhaltungen gewünscht! Aber wie?

Möglichkeiten der Notfallversorgung

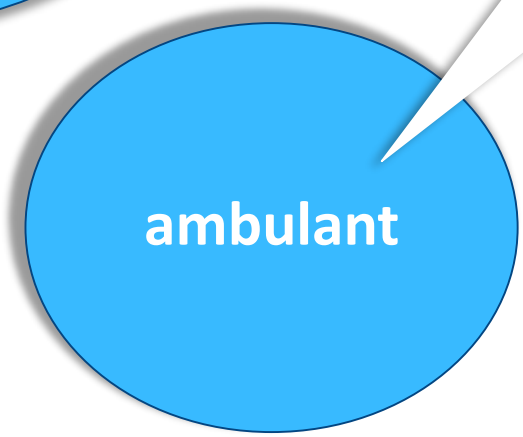


Notfallversorgung ohne Doppelvorhaltung?





- **Notfälle** (mit akuter, drohender, möglicher Lebensgefahr)
- **Akutfälle** mit Bedarf an krankenhausspezifischer Versorgung (Fachgebiet, Ausstattung)
- **Unklare Fälle**, mindestens bis Ausschluss möglicher Lebensgefahr



- **übrige Akutfälle** (aus allgemeinmed./hausärztl. Bereich)
- **Nicht dringliche Fälle** (sofern nicht ohnehin Verweis an Praxis zu Sprechstundenzeiten)

Fehlallokation lebensbedrohter Patienten?

Ein Rechenexempel:
Angenommen nur in jedem 1.000 Fall käme es zu einem Zeitverlust bei Diagnostik und Behandlung, weil der Patient zunächst fälschlich als ambulanter Notfall eingestuft und der KV-Praxis zugewiesen wird:

→ ca. 20.000 Betroffene jährlich

Huch, doch lebensbedrohlich! Und dann?

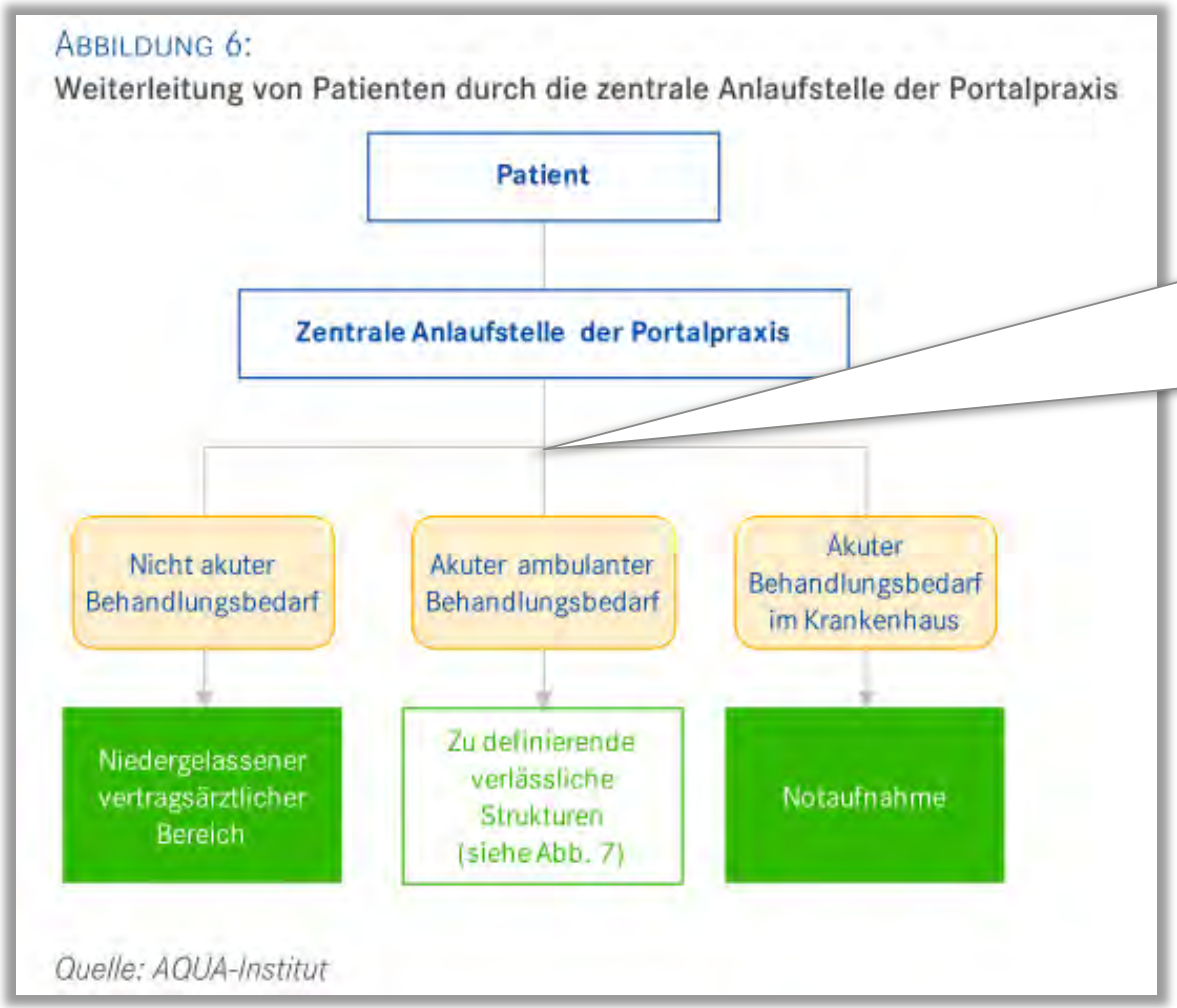
Multitasking für Hausärzte?

AQUA-Gutachten, September 2016

im Auftrag des vdek

Unbedingt lesenswert zum Thema!

„In jedem Fall soll die Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patienten durch notfallmed. erfahrenes Personal (Pflegekräfte, Med. Fachangestellte) erfolgen“



- Mehr als Triage – und das durch med. Fachangestellte?
- Notfallmedizinisch erfahrene Medizinische Fachangestellte – ein Oxymoron!?

Aus dem AQUA-Fazit

→ *„Es ist wichtig zu betonen, dass die vorgeschlagenen **Handlungsempfehlungen vor dem Hintergrund der bestehenden Sektorengrenzen** im deutschen Gesundheitswesen zu betrachten sind.*
*Mit der Einführung der Portalpraxen, mit Kooperationsverträgen und dem Setzen gemeinsamer Standards werden **Sektorengrenzen überbrückt**. In der konkreten Ausgestaltung des Konzepts werden – vor allem nach Einschätzung der befragten Experten – **mutmaßlich weitere Herausforderungen** sichtbar.“*

- Viel Aufwand, um medizinisch sinnvolle und erforderliche Notfallversorgung an „weniger sinnvolle“ Rahmenbedingungen anzupassen
- Aus medizinischen Gründen und im Sinne der Patienten sind die „Herausforderungen“ durch diese Rahmenbedingungen verzichtbar

„Wer das erste Knopfloch verfehlt, kommt mit dem Zuknöpfen nicht zu Rande.“

Johann Wolfgang von Goethe

Notfall

- **Ambulant oder stationär?**
- **Zuweisung in den Sektor**
- **Diagnostik**
- **Therapie**
- **...**

Patientennutzen?

ambulant vs. stationär

- Nicht das Bett macht den Unterschied!
- Viel weitreichender als nur die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus

Auch diese Entscheidung kann zu kompliziert sein, insbesondere, wenn sie unnötig früh zu treffen ist!

Der Notfallpatient ist primär nicht stationär oder ambulant, sondern behandlungsbedürftig.

SVR-Gutachten, Juni 2014

201. Für eine bessere Notfallversorgung wäre eine Neuordnung, idealerweise mit einer Zusammenführung aller drei Bereiche – ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme der Krankenhäuser – wünschenswert. Besonders im ländlichen Raum ist dies mit Blick auf die Vorhaltekosten und die Belastung der knappen Arbeitskräfte nicht nur aus qualitativen, sondern auch aus ökonomischen Gründen geboten. Ein begrenztes hausärztliches Dispensierrecht zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung in Bereitschaftsdienstzeiten sollte ebenfalls erwogen werden. Ein Ziel sollte darin bestehen, verbreitete Überversorgung, vor allem unnötig hohe Inanspruchnahmefrequenzen und Inanspruchnahmen auf einer zu hohen bzw. zu spezialisierten Versorgungsebene, zu vermeiden. Daher sollte soweit wie möglich je Region eine zentrale Leitstelle mit einer einheitlichen Telefonnummer für den Patienten etabliert werden, um die Patienten der geeigneten Versorgung zuzuführen. Im Krankenhaus erscheint eine interdisziplinäre Notaufnahme mit einer Integration von breit qualifizierten Allgemeinmedizinern empfehlenswert; idealerweise sollte die Notfallpraxis in die Notaufnahme integriert oder zumindest angegliedert sein. Nicht nur im ländlichen Bereich kann eine angeschlossene Notfall- und Kurzlieger-Station eine sinnvolle Erweiterung sein. Auf dieser Station könnte für die Gruppe multimorbider Patienten, die nur einer kurzen Intervention bedürfen, allerdings häufig wiederaufgenommen werden müssen, der Schwerpunkt auf die Versorgungsplanung durch ein multiprofessionelles Team gelegt werden.

Rettungsmaßnahmen

Rettungsmaßnahmen

„Eskalationsstufen“

Rettungsdienst
seit 1970er Jahren

0. RTW
1. NEF/RTH

Rettungsdienst
im Zeitalter der Digitalisierung

0. RTW
1. RTW II (NotSan)
2. RTW II + Tele
3. NEF
4. NEF + Tele
5. RTH
6. RTH + Tele

eigener Vorschlag zur „Neuordnung“

Hilfe Suchender/Patient

Lebensgefahr?
Akute medizinische Hilfe nötig?

Leitstelle 112

Strukturierte Abfrage mit „Multimedia-Notruf“, weitere Koordination + Telemedizin/Telenotarzt

Notaufnahme

z. B. Hausarzt

keine Akutmaßnahme erforderlich

116117

KV-Arzt Hausbesuch

Rettungsdienst

Integrierte Praxis

KV

ggf. „Video-sprechstunde“ angeschlossen

Lebensgefahr
Akutbehandlung
Option

Fazit

- Notfallmedizin sollte kein medizinpolitisches „Randthema“ sein
- Sektorale Ausrichtung des Gesundheitswesens hinderlich für Qualität und Kosteneffizienz der Notfallversorgung
- „Ambulant vor stationär“ als Dogma für die Frage wo und von wem der Patient erstbehandelt wird, birgt große Gefahren für Patientensicherheit
  - Aber fraglos könnten viele Patienten mit akutem Behandlungsbedarf durch den ambulanten Sektor versorgt werden
- Aufgaben durch KHSG gehen in die richtige Richtung, sind aber nicht weitreichend genug (Rettungsdienst ist z. B. „außen vor“)
- Neuordnung der Versorgung im Notfall? Zwei Startpunkte:
  Tel. 112 oder Aufsuchen Notaufnahme, dann weitere Bahnung des Weges „durch die Sektoren und über Sektorengrenzen hinweg“
- Prinzip: Schnelle Deeskalation der möglichen Notfallversorgung statt potentiell mögliche Eskalation (Sicherheit geht vor!)

Vielen Dank!

m.skorning@mds-ev.de

PD Dr. med. Max Skorning
Leiter Stabsstelle Patientensicherheit

MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN