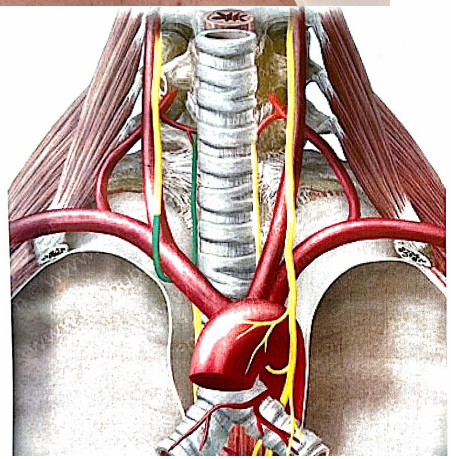
Zukünftige Herausforderungen im Rettungsdienst und in der Notfallversorgung

Christof Constantin Chwojka

BJÖRN STEIGER STIFTUNG

RETTUNGS DIENST
Hamburg | 27. – 28.2.2023
6. Zukunftsforum
corpuls
ORANGE
opta data
GRUPPE
FERNO



Prof. Dr. Thomas Krafft

Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und in Zusammenarbeit mit der Björn Steiger Stiftung

Maastricht University
Care and Public Health
Research Institute
(CAPHRI)

Erstmaßnahmen

- Heterogene Gesundheits(system)kompetenz beeinflusst Auswahl von bzw. Zugang zu geeigneten Versorgungsebenen
- Bystanderkompetenz sehr unterschiedlich
- Soziodemographische Veränderungen & veränderter Versorgungsbedarf treiben steigende Inanspruchnahme

Status Quo

- Umfassende Erste Hilfe-Trainings und Awareness-Konzepte als kontinuierliche Public Health-Strategie in allen Communities und Settings
- Smartphone-Disposition von freiwilligen Ersthelfern (und/oder Leitstelle)

Good/Best Practices

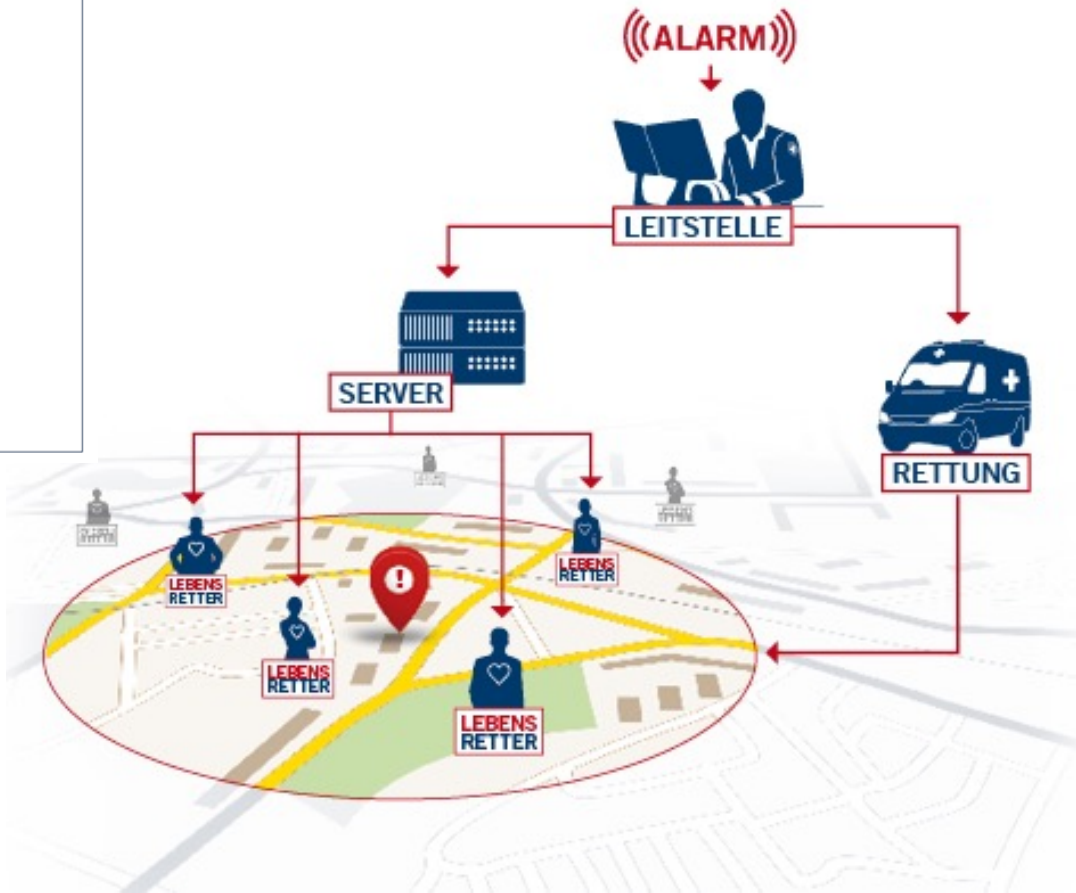
- Stärkung der Gesundheits-&Gesundheitssystemkompetenz als Teil einer integrierten und sektorenübergreifenden Public Health- und Public Safety-Strategie
- Eine Alarmierung von First Respondern sollte bundesweit technisch über eine zentrale Schnittstelle erfolgen,um immer den nächsten Ersthelfer oder die nächste Ersthelferin zu alarmieren.

Zielbild

Erstmaßnahmen – to do

10 Thesen der Bad Boller Reanimationsgespräche

1. 70.000 Todesfälle nach erfolgloser Wiederbelebung sind inakzeptabel.
2. Leben retten ist cool.
3. Jeder kann ein Leben retten.
4. Wiederbelebung ist kinderleicht.
5. Nur was wir messen, können wir verbessern.
6. Ohne Daten keine messbare Verbesserung: Jede Wiederbelebung muss im Deutschen Reanimationsregister vollständig erfasst werden.
7. Der Herz-Kreislauf-Stillstand ist ein eigenständiges Krankheitsbild.
8. Die spezialisierte Krankenhausbehandlung nach erfolgreicher Wiederbelebung ist entscheidend.
9. Die Leitstelle beeinflusst den Ausgang der Wiederbelebung entscheidend.
10. Regelmäßiges Training für die Profis verbessert die Qualität der Reanimation.



Anleitung zu Sofortmaßnahmen durch die Leitstelle bei ALLEN in Frage kommenden Events (Geburt bis Reanimation)

Flächendeckende First-Responder-Systeme mit Laien und auch mit medizinischem Fachpersonal

Leitstellen

Status Quo

- Kleinteilige Organisationsstruktur mit z.T. sehr kleinen Versorgungsbereichen behindert notwendige Innovation und Standardisierung
- Telefonreanimation bisher weder flächendeckend [illegible]
- Für Notrufabfragesysteme fehlen i.d.R. einheitliche und verbindliche Standards, Qualitätskriterien und systematische und kontinuierliche Qualitätskontrollen
- Hilfsfristvorgaben bundesweit uneinheitlich trotz weitgehender Finanzierung durch GKV
- Qualifikationsanforderungen an Leitstellenpersonal hält nicht Schritt mit veränderten Anforderungsprofilen

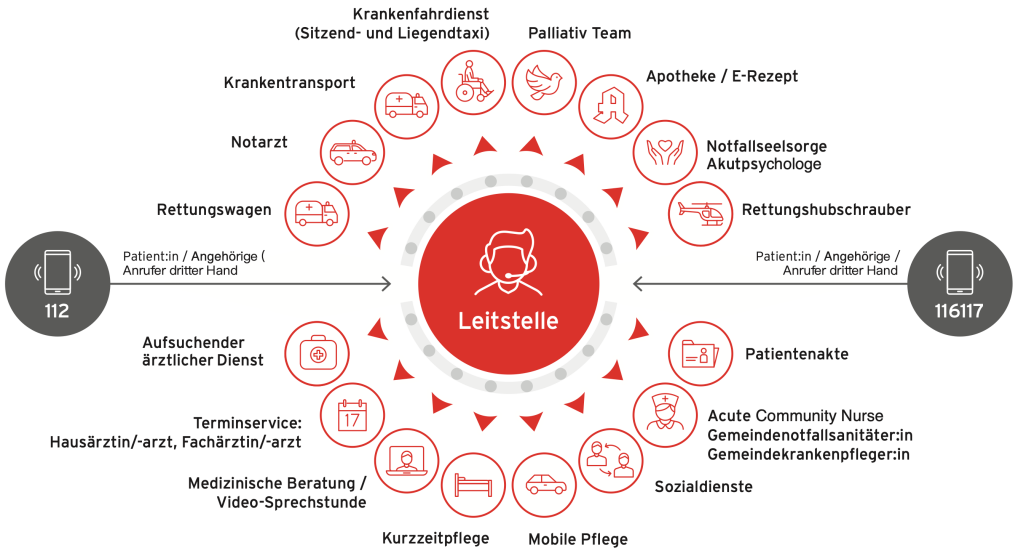
Good/Best Practices

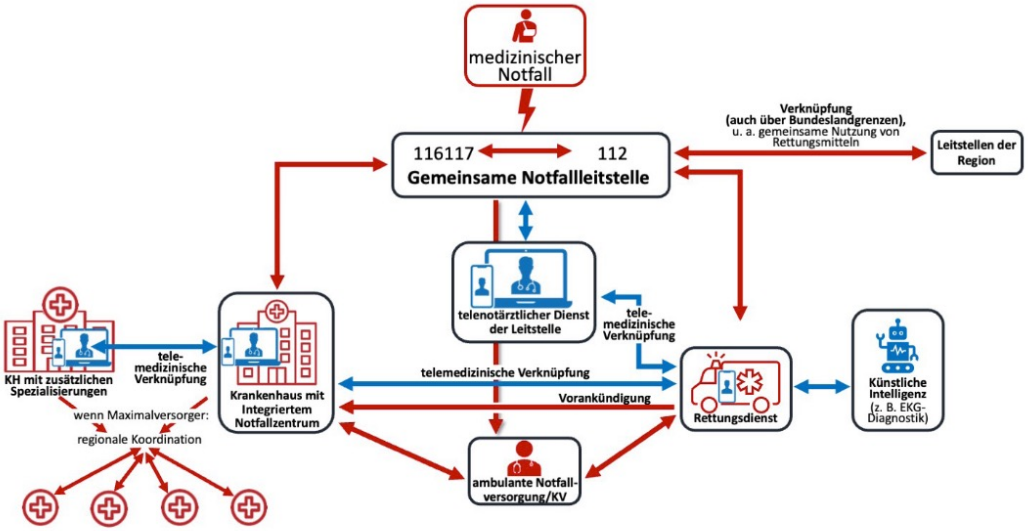
- Nationale Standards und Qualitätskriterien für Notrufabfrage und Disposition
- Differenzierte Hilfsfrist orientiert an leitliniengerechter Versorgung
- Videogestützte Notrufe und Telefo[illegible]
- Künstliche Intelligenz zur Unterstützung der Notrufabfrage
- Transparenz von Leistungsindikatoren der Leitstellen (Benchmarking)
- Regionale Gesundheitsleitstellen als Teil integrierter Leitstellen der (nichtpolizeilichen) Gefahrenabwehr

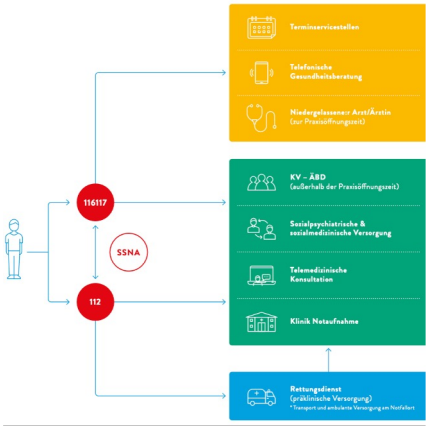
Zielbild

- (Virtueller) Single Point of Contact (Vernetzung 112 & 116117) mit standardisierter & strukturierter Notrufabfrage
- Mindestgrößen für Betrieb und Versorgungsbereich, die eine wirtschaftliche Nutzung von IT, QM, Bedarfsplanung und Systemsteuerung ermöglicht (Skaleneffekte)

Leitstellen to do – Patientensteuerung zum „best point of service“







Für die Koordinierung und Steuerung der medizinischen Notfallversorgung zum **Best Point of Service** durch die integrierten Leitstellen ist es erforderlich, diese als Gesundheitsleitstellen und (virtuellen) **Single Point of Contact** weiterzuentwickeln und konsequent auszubauen.

Leitstellen to do – Neue Formen und neue Wege

Qualitätsgesicherte, standardisierte und strukturierter Abfrage auf der Grundlage **evidenzbasierter** wissenschaftlicher Konzepte.

Leitstelle in der Cloud statt (sinnlosen) Standortdiskussionen

Differenzierter Personaleinsatz mit **Home-Office** und Attraktivierung für das Personal

Systemantwort

- Regionale/lokale **Unterschiede bei SOPs** (Standard Operating Procedures) und Behandlungsvorgaben konterkarieren den angestrebten, flächendeckenden Qualitätssprung durch NotSan
- Erhebliche Unterschiede bei der klinischen Praxis und Berufserfahrung von notärztlichem Personal
- **Telenotarzt** bisher nur in wenigen **Insellösungen** und ohne verbindliche (bundes-)länderübergreifende Standards
- Entwicklung und Test neuer Versorgungsmöglichkeiten (z. B. Gemeindenotfallsanitäter, Acute Community Nurse, wird durch Stakeholdervielfalt erheblich behindert

Status Quo

- Sektorenübergreifender Einsatz von medizinischen Fachkräften stärkt die Systemkompetenz und professionelle Zusammenarbeit und eröffnet neue Möglichkeiten der Karriereplanung und Arbeitszufriedenheit
- Einheitliche SOPs und leitliniengerechte Behandlungsvorgaben auf Landes- bzw. Bundesebene gewährleisten eine flächendeckend gleichwertige Versorgung und stärken der Resilienzfähigkeit des Gesamtsystems (Resilienz)
- Die ÄLRD gewährleisten die Einhaltung (Compliance) der überregionalen Standards und die Qualitätssicherung bei den Durchführenden auf der Grundlage landes-/bundes- weiter Vorgaben
- Drohnen bieten Einsatzunterstützung in Bezug auf Sicherheit (situational awareness) und Materialtransport

Good/Best Practices

- **Einheitliche evidenzbasierte Qualifikation und Handlungskompetenzen für NotSan in der Notfallversor**gung
- Länderübergreifende einheitliche Standards für die Qualifikation von Rettungssanitätern und -helfern
- Bundesweite Einführung von kompatiblen **tele(notfall)medizinischen Konsultations- und Unterstützungssystemen** (inkl. Telenotarzt) angebunden an geeignete (Mindestgröße und Leistungsfähigkeit) regionale Leitstellen

Zielbild

to-do: Stärkung und flächendeckende Einführung hybrider Versorgungssysteme

- Bundesweit einheitliche Handlungskompetenz von Notfallsanitätern
- Einführung Acute Community Nurse – Gemeindenotfallsanitäter
- Telearzt – Telenotarzt

  CAVE: „Tele-“ ist nicht immer “Video-“

Bundesweite Harmonisierung **evidenzbasierter** Mindeststandards
Bundesweit einheitliche **Qualitätssicherung** in der Notfallversorgung

Einführung **hybrider Versorgungsformen** wie ACN, GNS, …
Einführung einheitlicher umfassender **Telearzt- und Telenotarzt-Systeme**

Transport - Dispositionsstrategie

Status Quo

- Häufig **statische & gebietsgebundene Disposition** und Koordination von Einsätzen/Transporten limitieren den bereichsübergreifenden Einsatz von Rettungsressourcen (dynamische Steuerung)
- Planung & Disposition der Transportkapazitäten erfolgen i. d. R. nicht sektorenübergreifend (z. B. Übergabeintervall, Entlassungsmanagement)
- **Eintreffzeit in geeigneter Versorgungseinrichtung** (time to the right treatment) ist i. d. R. nicht die bestimmende Größe für Bedarfsplanung

Good/Best Practices

- Spezialisierte Rettungsmittel mit entsprechender personeller und materieller Ausstattung (z. B. GNFS, REF, ACN, MIC, Sociolance, mobile psychiatric critical care unit)
- Präklinisches Point of Care Testing zur Optimierung der Versorgungsabläufe

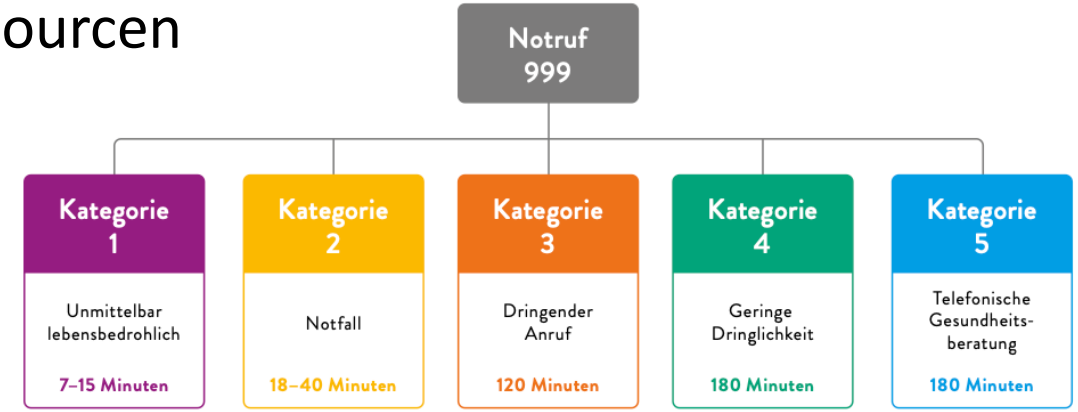
Zielbild

- Einheitliche **Planungsparameter für leitliniengerechte Versorgung** (Eintreff-, Transport- und Übergabezeit)
- Sozialmedizinische & psychosoziale Rettungsdienstleistungen
- **Differenzierte und komplementäre Rettungsressourcen**
- Einheitliche Dokumentation und Digitalisierung entlang des Patient Pathways (sektorenübergreifend)

to-do: Transport - Dispositionsstrategie

Aktuell fährt nicht das schnellsteintreffende geeignete Rettungsmittel

Benachbarte Rettungsdienstsysteme haben keine Übersicht über und keinen Zugriff auf vorhandene Ressourcen



Disposition des **schnellsteintreffenden geeigneten Rettungsmittels unabhängig von lokalen Zuständigkeiten, Dispositions-, Einsatz- oder Gebietsgrenzen**.

Paradigmenwechsel von einer allgemeinen Hilfsfrist (“response time to treatment”) **zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung** (“time to the right care, right time, and right place”).

Übergabe und Weiterbehandlung

- Steigende Notfallzahlen und Fehlsteuerung bei fehlenden einheitlichen und sektorenübergreifenden Instrumenten zur Ersteinschätzung
- Vielzahl der Lösungsansätze bei MVZ,INZ, Portalpraxen, Telemedizin etc. – häufig dominiert durch Partikularinteressen – behindert die notwendige [illegible] Weiterentwicklung

Status Quo

- Weiterhin fehlende Instrumente zur Ersteinschätzung
- Erhebliche regionale Unterschiede bei der Verfügbarkeit leitliniengerechter Versorger
- Klinische Logistik/Patientennavigation
- Koordinierende Gesundheitsleitstelle
- **Community Health Nurse – Acute Care Nurse**

Good/Best Practices

- IVENA eHealth (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis) als Beispiel für sektorenübergreifende Vernetzung und Steuerung
- Nationale Initiativen für Beratung und Vermittlung im Akutbereich helfen Fehlsteuerung zu reduzieren
- Stärkung flächendeckender und **sektorenübergreifender** Versorgungsformen
- **Sektorenübergreifende** Koordination der Versorgungsmöglichkeiten und Festlegung verlässlicher Planungsparameter für Rettungsdienst (right care, right time, right place)

Zielbild

- Gesamtsystemische Abstimmung bei Veränderungsprozessen (z.B. **Auswirkung auf rettungsdienstliche Planung bei Krankenhausreform**) zur Gewährleistung einer gleichwertigen flächendeckenden notfallmedizinischen Versorgung

Beispiel: Acute Community Nurse

ACN vereint Notfallsanitäter- und Pflegekompetenzen

- Verbesserung der Versorgungsqualität durch „**Trouble-Shooting**“ insbesondere an Tagesrandzeiten, nachts und an Wochenenden bzw. Feiertagen
- **Reduzierung von Ambulanzkontakten und Hospitalisierungen** durch Einsatz / Pflege / Behandlung im häuslichen Umfeld in Akutsituationen
- **Unterstützung des niedergelassenen Bereichs** / Primärversorgung durch Übernahme von Hausbesuchen in Akutsituationen durch ACN
- Höhere Lebensqualität chronisch Kranker / Pflegebedürftiger und alter Menschen durch **Verhinderung langer Transportwege und Wartezeiten**

Etablierung hybrider Versorgungsformen wie ACN, GNS, …

Paradigmenwechsel von einer allgemeinen **Hilfsfrist** (“response time to treatment”) zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung (“time to the right care, right time, and right place”).

Systemstrukturen

Status Quo

- Nachbarsektoren nutzen **Rettungsdienst als Lückenfüller** für eigene Defizite (z.B. ÄBD und Entlassungsmanagement Krankenhaus)
- Sektorale Barrieren beeinträchtigen das Versorgungskontinuum
- Mangelhafte Datengrundlage und Intransparenz bei Leistungsqualität und Versorgungsstandards
- Uneinheitliches und z.T. unzureichendes Qualitätsmanagement mangels verbindlicher Landes- bzw. Bundesvorgaben
- **Fachkräftemangel** verstärkt durch mangelnde Attraktivität und fehlende individuelle Entwicklungsmöglichkeit

Good/Best Practices

- Aufsichtsbehörde im Gesundheitswesen zur Qualitätssicherung (Inspectie voor de Gezondheidszorg, Niederlande)
- Spezielle Institute auf Bundes- bzw. Landesebene [illegible] Qualitätsberichte zur Struktur-, Prozess- und Outcomequalität (z. B. SQR-BW, Dutch Health Care Performance Report)
- Digitalisierung & Datenbanken (z.B.NEMSIS, EuReCa, Deutsches Trauma- und Reanimationsregister)

Zielbild

- Einheitliches Zielbild für Rettungsdienst/Notfallversorgung
- Evidenzbasierte **Mindeststandards**, verpflichtende Teilnahme an nationalen/europäischen **Qualitätsregistern** sowie kontinuierliche Veröffentlichung von Qualitäts- und Leistungsdaten für ein (bundes-)länderübergreifendes Benchmarking
- **Einheitliche Digitalisierungsinitiative** gestützt auf eine einheitliche Finanzierungsoffensive unter Zugrundelegung wirtschaftlicher und funktionaler Mindestgrößen bei Leitstellen (Kohärenz – Resilienz)
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung und -kontrolle durch unabhängiges Prüforgan

Fachkräftemangel als eines der größten Probleme

work – life –balance Arbeitsbedingungen Generation Z/Alpha Medizin wird weiblich Zeitarbeitsmodelle Lieber Zeit haben statt Geld Hohe Arbeitslast Dienstplan

Aktuelle, sich verschärfende und damit künftige Herausforderungen im RD

- Rettungsdienst als **einziger mobiler medizinischer 24/7 Dienstleister**
  - aber beschränkte Möglichkeiten (Kompetenzen, Material, Belassung usw.)
  - RD ist meist „transportorientiert“ und somit unnötige Krankenhauskontakte

- Mangelnde Verfügbarkeit von (Not-)Ärzten
- Fehlende Ressource zwischen RS/NFS und NA
- Fixe Routen von Hauskrankenpflege-Anbietern

- Akute Probleme bei…
  - **chronisch kranken oder geriatrischen Patienten**
  - mit ableitenden und zuführenden Systemen

- **End-of-life Situationen**

- **Psychosoziale Notlagen**

AMBULANCE
RETTUNGSDIENST
>>>

TIME FOR
CHANGE

~~Zukünftige~~ ~~Kommende~~ Herausforderungen

- **Hilfsfrist** völlig neu definieren (differenziert, right treatment)
- **Qualitätssicherung**/Benchmarking in allen Bereichen
- Leitstellen zu Gatekeepern machen (als **Gesundheitsleitstelle**)
- Einsatzstrategien modernisieren (**schnellsteintreffend** geeignet fährt)
- Neue (hybride) Versorgungsformen (**TA, TNA, ACN, GNS**, ..)
- **VOLLE Digitalisierung** in allen Bereichen
- „Herausforderung“ **Personal** innovativ lösen
- Den „**Turnaround** als Ausputzer schaffen“

Bewusst hier weggelassen (weil anderer Vortrag):

Finanzierung (SGB-V), Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum, Akademisierung der Ausbildung, … und anderes

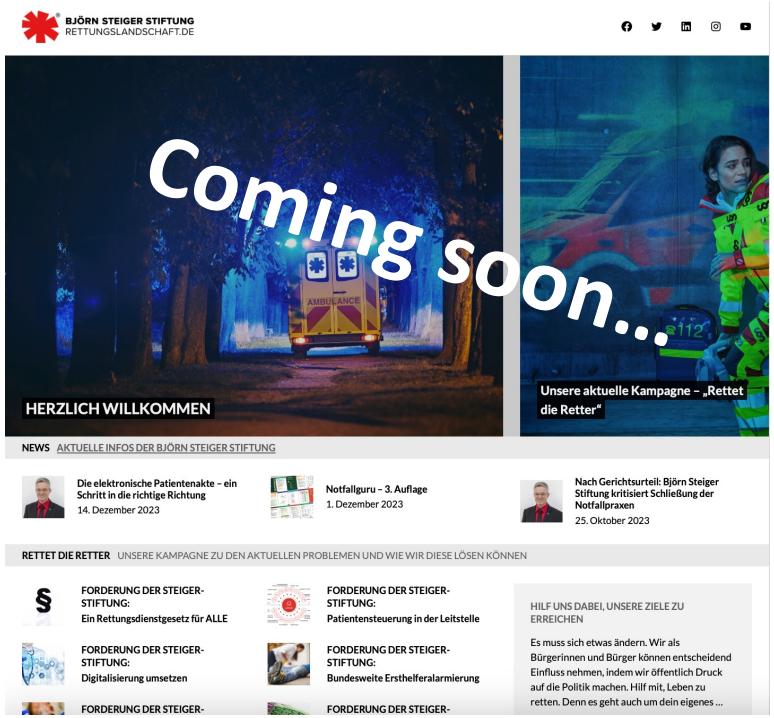
Fazit

Langweilig wird´s nicht …

www.rettungslandschaft.de

Ziel dieser Seiten ist es, unterschiedliche Dinge aus der Welt des Rettungsdienstes zu erklären oder klarzustellen, die Positionen der Björn Steiger Stiftung zu erläutern oder Hilfestellung bei Fragen zu geben.

Diese Initiative der Björn Steiger Stiftung richtet sich daher auch nicht unbedingt an die breite Öffentlichkeit, sondern vor allem an das Fachpersonal und die für den Rettungsdienst Verantwortlichen in Politik, Verwaltung und Organisationen.



Fragen

Christof Constantin Chwojka
costa@chwojka.com +43 664 2627280

BJÖRN STEIGER
STIFTUNG