

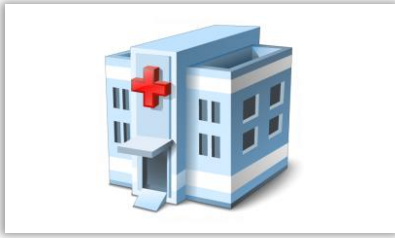
Integrierte Versorgung in der Notfallmedizin?



Rettungsdienst und Leitstelle im Konzept des Sachverständigenrates

PD Dr. med. Max Skorning
Leiter Stabsbereich Qualität und Patientensicherheit
15. November 2018, Fürstfeldbruck

Notaufnahme



Arztpraxis



Rettungsdienst



KV-Bereitschaft



oder Abwarten und Dr. Google fragen?



MDS ???

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

Der typische Notfallpatient?



Notfall



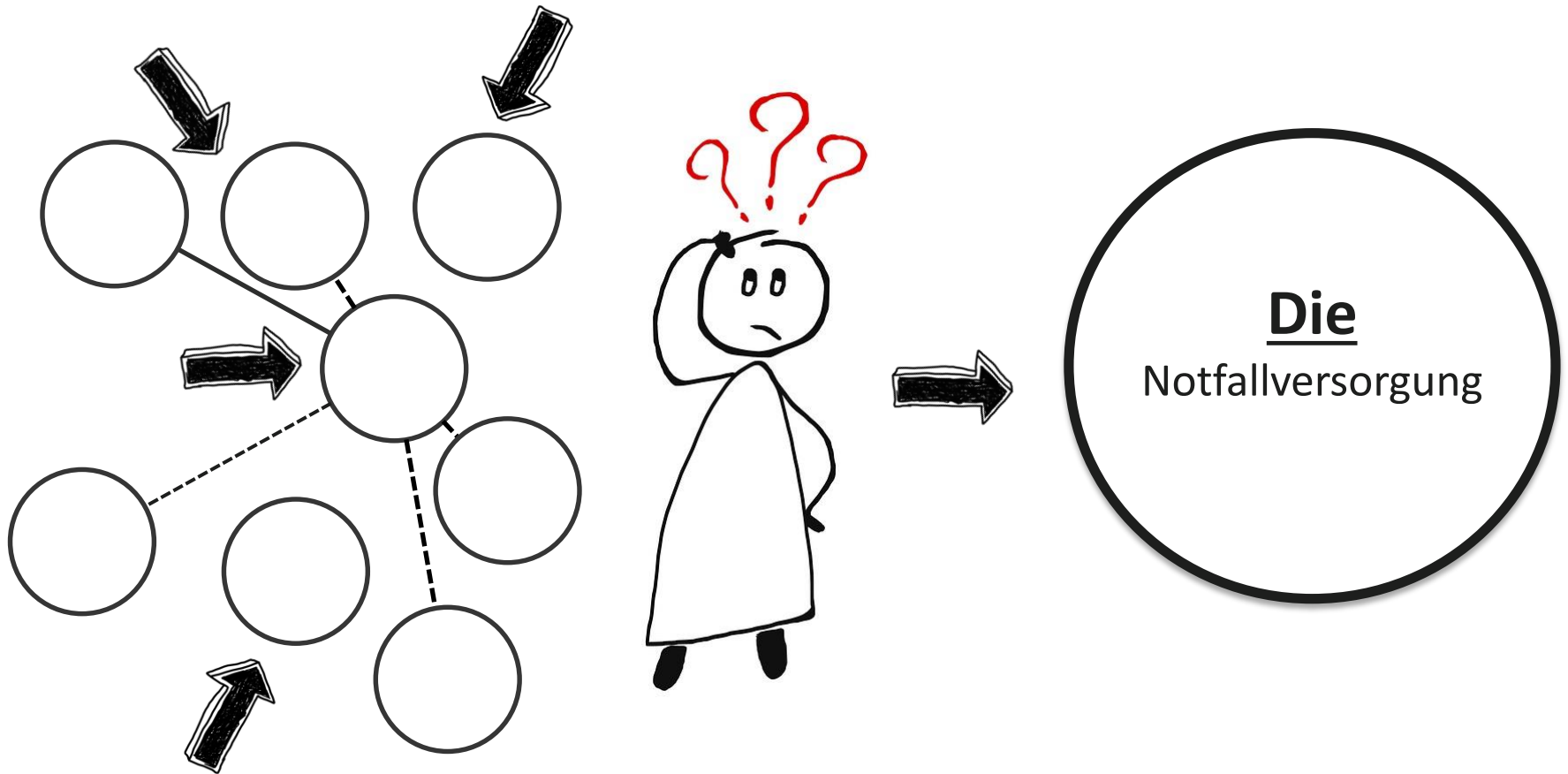
Notfall-Definition

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 **unverzögliche medizinische und pflegerische Betreuung** als notwendig erachten.“*

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

Die Notfallversorgung



... also tatsächlich die eine Notfallversorgung

Bekannte Floskeln?

„Vom Patienten aus denken“

„Den Patient in den Mittelpunkt stellen“

→ Den Notfall-Patienten in „ein System“ aufnehmen und hindurch geleiten!



Wie es wohl wäre, wenn's brennt ...

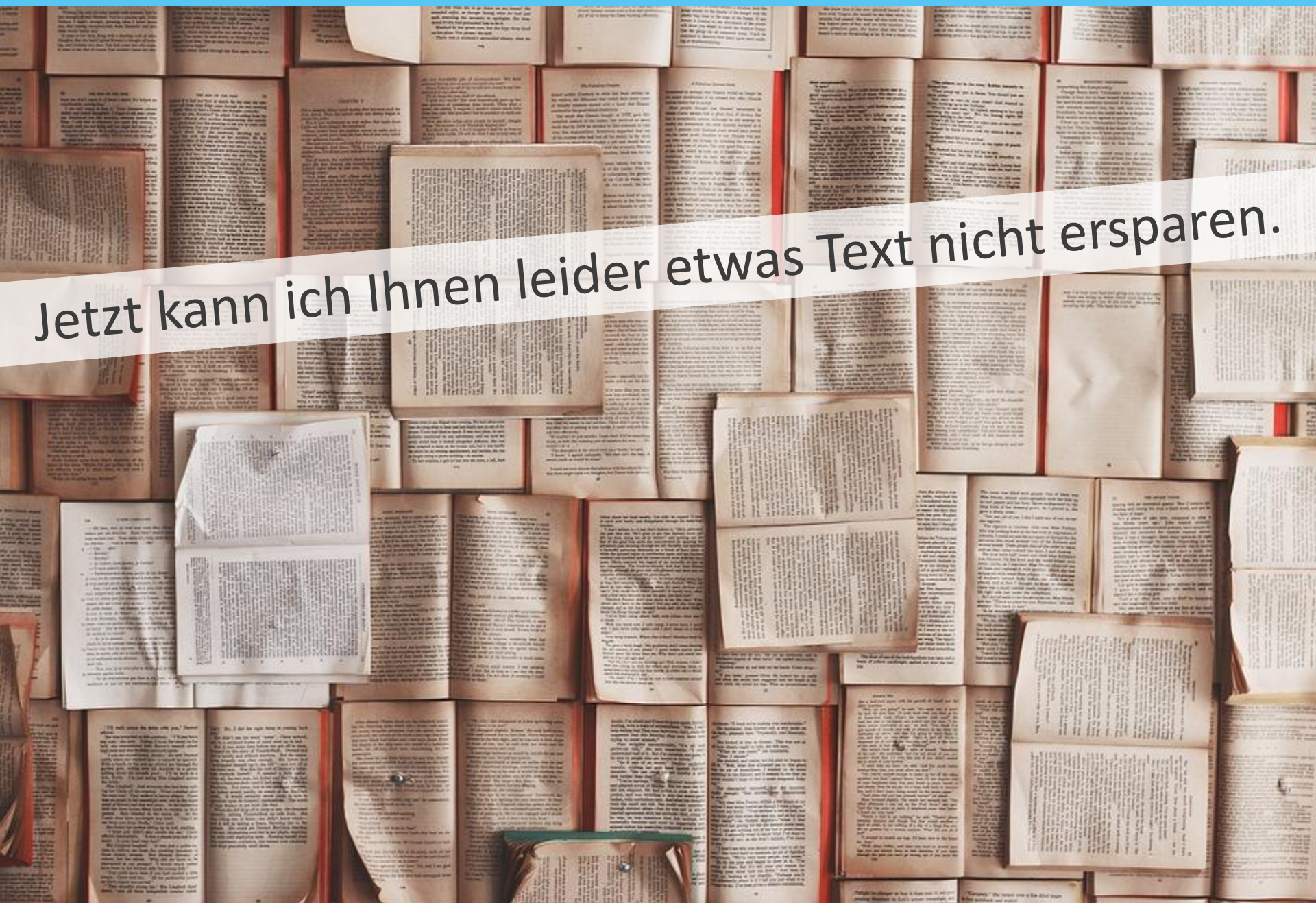


... und man erst mal die „geeignete“ Feuerwehr auswählen müsste?

Was wäre nötig für den Rettungsdienst und die Leitstelle der Zukunft?

1. Beseitigen, was **organisatorisch** noch nie sinnvoll war.
2. Nutzen, was **technisch** längst möglich ist.

Was schlägt der Sachverständigenrat vor?



Jetzt kann ich Ihnen leider etwas Text nicht ersparen.

§ 142 SGB V

(1) Das **BMG beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das BMG eine **Geschäftsstelle** ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat **die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen**. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven **Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen** und zeigt **Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens** auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen.
[...]

„Leitstellen sollten zukünftig als 'integrierte Leitstellen' betrieben werden, welche die Disposition aller eingehenden medizinischen Hilfeersuchen vornehmen. Hierzu bedarf es der engen organisatorischen Einbindung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes. Es ist davon auszugehen, dass dadurch Synergieeffekte erzielt und beispielsweise unnötige Notarzteinsätze vermieden werden können. Die informations- und kommunikationstechnische Ausstattung der Leitstellen und auch die Qualifikation des eingesetzten Personals müssen auf die neuen Aufgaben abgestimmt werden. Ferner sollten die Leitstellen über die einheitliche Notrufnummer '112' erreichbar sein.“

„Der Anteil an Notarzteinsätzen, der aus einer Ex-Post-Perspektive als nicht oder nur als bedingt indiziert gelten kann, wird auf ca. 30 % des notärztlichen Einsatzaufkommens geschätzt. Zumindest ein Teil dieser Einsätze könnte durch den Ausbau und durch die kontinuierliche Verfügbarkeit des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes substituiert werden.“

„Für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst sollten Regelungen gefunden werden, welche die ständige Verfügbarkeit vertragsärztlicher Notfallversorgung, d. h. auch während der Sprechstundenzeiten, gewährleisten.“

Zukunftsweisende Inhalte aus dem SVR-Gutachten ... 2003!



SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

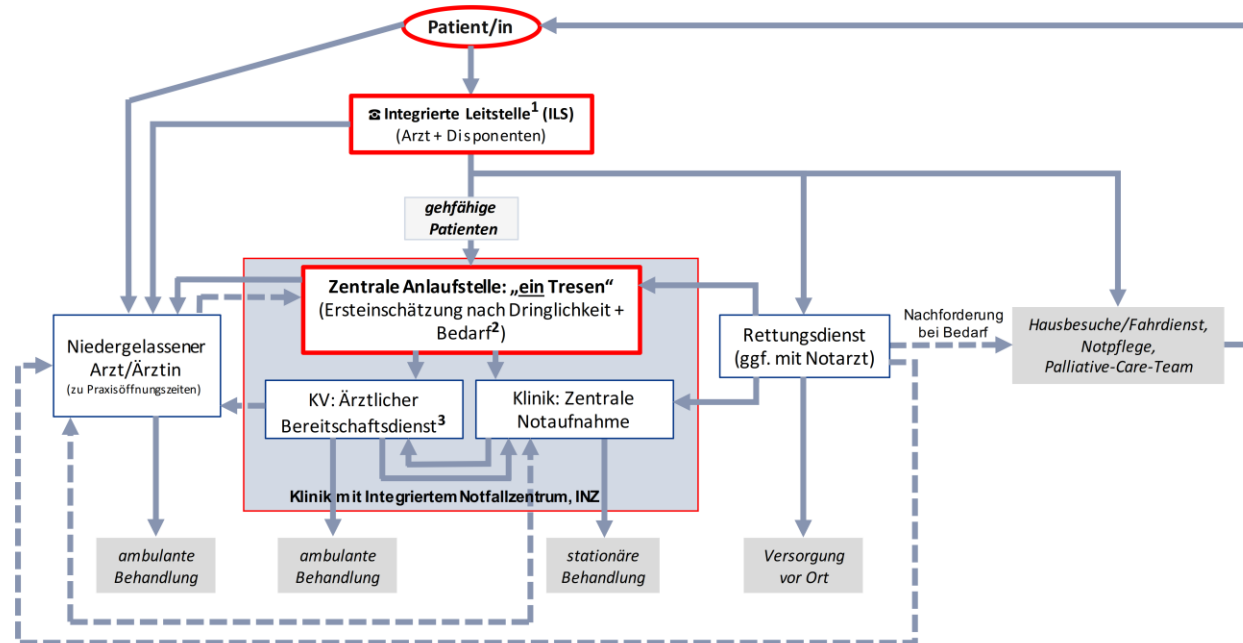
**Bedarfsgerechte Steuerung
der Gesundheitsversorgung**

Gutachten 2018

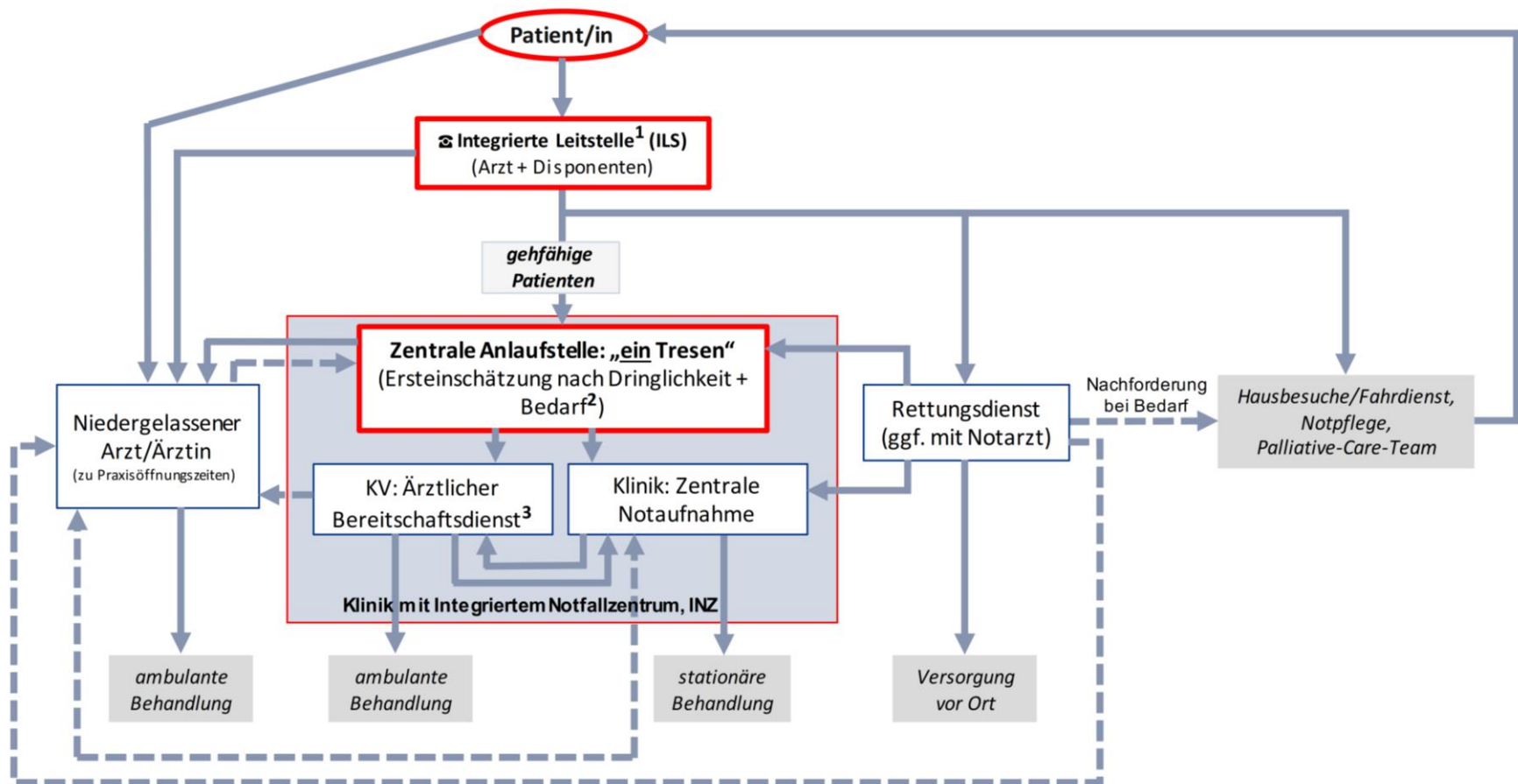
„Zur Neuorganisation der Notfallversorgung empfiehlt der Rat die Zusammenführung bisher getrennter Zuständigkeiten mit telefonisch einfach erreichbaren Integrierten Leitstellen (ILS) und Integrierten Notfallzentren (INZ), in denen niedergelassene Ärzte und Klinikärzte unter einem Dach zusammenarbeiten und Patienten im Notfall rund um die Uhr und mit hoher Qualität versorgen können.“

Zur bedarfsgerechten Ausgestaltung der Notfallversorgung empfiehlt der Rat,

a. die drei Säulen der Notfallversorgung (ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme) besser zu integrieren und die Koordination der Notfallversorgung rund um die Uhr über Integrierte Leitstellen (ILS) zu gewährleisten (siehe Abschnitt 14.4.1). **In diesen sollten, möglichst unter einer Rufnummer, sowohl die akuten Notrufe (112) als auch die Anrufe für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) zusammenlaufen und dort von erfahrenen Fachkräften, unterstützt durch breit weitergebildete Ärzte, entgegengenommen werden.** In den ILS soll eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) unter Rückgriff auf aktuelle leitliniengestützte Notfallalgorithmen erfolgen und der situativ jeweils beste Versorgungspfad gewählt werden. Dieser Versorgungspfad kann vom Einsatz des Rettungsdienstes über den Hausbesuch eines Bereitschaftsarztes bis hin zur Aktivierung eines Notpflege- oder Palliative-Care-Teams reichen, aber auch den Verweis auf die reguläre vertragsärztliche Versorgung beinhalten. Viele Patientenfragen oder -sorgen sollten durch die telefonische Beratung und Behandlung durch Vertragsärzte geklärt werden;



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Ersteinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Ersteinschätzung muss unabhängig von Interessenskonflikten, die Patienten stationär aufzunehmen, erfolgen.
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst



1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle

2 Ersteinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Ersteinschätzung muss unabhängig von Interessenskonflikten, die Patienten stationär aufzunehmen, erfolgen.

3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

Integrierte Leitstelle (ILS)

Deutsch

BayernPortal

Übersicht

Suchbegriff eingeben

Startseite > Behörden > Sonstige Stellen > Integrierte Leitstellen in Bayern > Leistungen

BayernID
Ihr Zugang zu allen Online-Services in Bayern: Eine ID für Alles!

Zur BayernID

Vor Ort
Geben Sie hier einen Ort oder eine PLZ ein.

Ort/PLZ eingeben

Integrierte Leitstellen in Bayern

112 Leistungen
Der Notruf: Gebührenfrei, Europaweit.
Für Feuerwehr und Rettungsdienst

Gelungene Integration!!!?

Alle R

Anzahl der Leistungen: 1

→] Rettungsdienst; Erreichbarkeit über Notrufnummer 112

Ergebnis der Integration: EINS!



Der SVR meint mit Integration nicht „nur“ Feuerwehr und Rettungsdienst , sondern 112 + 116117!



- Unser Ziel
- Notruf 112
- Fünf W: Der richtige Notruf
- Integrierte Leitstellen
- Mitmachen

ZUM THEMA

- Links
- Europäische Kommission: Informationen zur 112

Alleine vor diesem Hintergrund sollte man eigentlich von einer zweiten Nummer Abstand nehmen, oder?

Unser Ziel



© Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration
Zwei Rettungskräfte mit einem Digitalfunkgerät

Schnelle Hilfe im Notfall. Eurpaweit

Die Europäer sind immer häufiger geschäftlich oder privat im Ausland unterwegs. Die Europäische Union hat auf diese zunehmende Mobilität reagiert und die Notrufnummer 112 zur europaweit einheitlichen Notrufnummer erklärt. Unter dieser Nummer können Sie im Notfall europaweit schnell Hilfe rufen. Immer vorwahlfrei und kostenlos.

Zu wenige Menschen kennen die Notrufnummer 112

Der Notruf 112 kann nur dann helfen, wenn die Menschen ihn auch kennen. Bei einer jüngst durchgeführten Eurobarometer-Umfrage zeigte sich, dass nur knapp über ein Viertel (26 %) der befragten EU-Bürger spontan wusste, dass die 112 die Notrufnummer ist, über die man an jedem Ort in der EU die Feuerwehr oder den Rettungsdienst erreichen kann.

Zur bedarfsgerechten Ausgestaltung der Notfallversorgung empfiehlt der Rat,

- i. Fehlanreize im Rettungsdienst zu beseitigen und diesen als eigenes Leistungssegment im SGB V zu etablieren sowie dessen Vorhaltekosten im Rahmen der Daseinsvorsorge des Staates aus Steuermitteln und die Betriebskosten durch die Krankenkassen zu finanzieren (siehe Abschnitt 14.4.5);
- j. die Koordination im Rettungsdienst zu verbessern und eine stärkere horizontale Integration der derzeit noch über 300 unterschiedlichen Rettungsdienstbezirke anzustreben (siehe Abschnitt 14.4.5);
- k. die je nach Kreis unterschiedlichen, von Notfallsanitätern eigenständig durchzuführenden Maßnahmen zu vereinheitlichen und dazu definierte Befugnisse auszuweiten (siehe Abschnitt 14.4.5);

Wenn der RTW kommt ...





Was vor 10 Jahren schon möglich war und in 10 Jahren möglicherweise flächendeckend etabliert ist!?

Anaesthesist 2009
DOI 10.1007/s00101-008-1502-z
© Springer Medizin Verlag 2009

Redaktion

V. Wenzel, Innsbruck
W. Wilhelm, Lünen

M. Skorning¹ · S. Bergrath¹ · D. Rörtgen¹ · J.C. Brokmann^{1,2} · S.K. Beckers¹ ·
M. Protogerakis³ · T. Brodziak⁴ · R. Rossaint¹

¹ Bereich Notfallmedizin, Lehrstuhl und Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Aachen, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH), Aachen

² Berufsfeuerwehr Aachen, Rettungsdienst Stadt Aachen

³ Zentrum für Lern- und Wissensmanagement und Lehrstuhl für Informationsmanagement im Maschinenbau, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH), Aachen

⁴ P3 Solutions GmbH, Aachen

„E-Health“ in der Notfallmedizin – das Forschungsprojekt Med-on-@ix

Rettungsmaßnahmen



Einsatzstelle

Information



Entscheidung



Handlung!!!



Rettungsmaßnahmen

Information



Entscheidung



Einsatzstelle

Handlung!!!



„(De-)Eskalationsstufen“

Rettungsdienst seit 1970er Jahren

0. RTW
1. NEF/RTH + RTW

→ ein „binäres“ System



Rettungsdienst

im Zeitalter der Digitalisierung

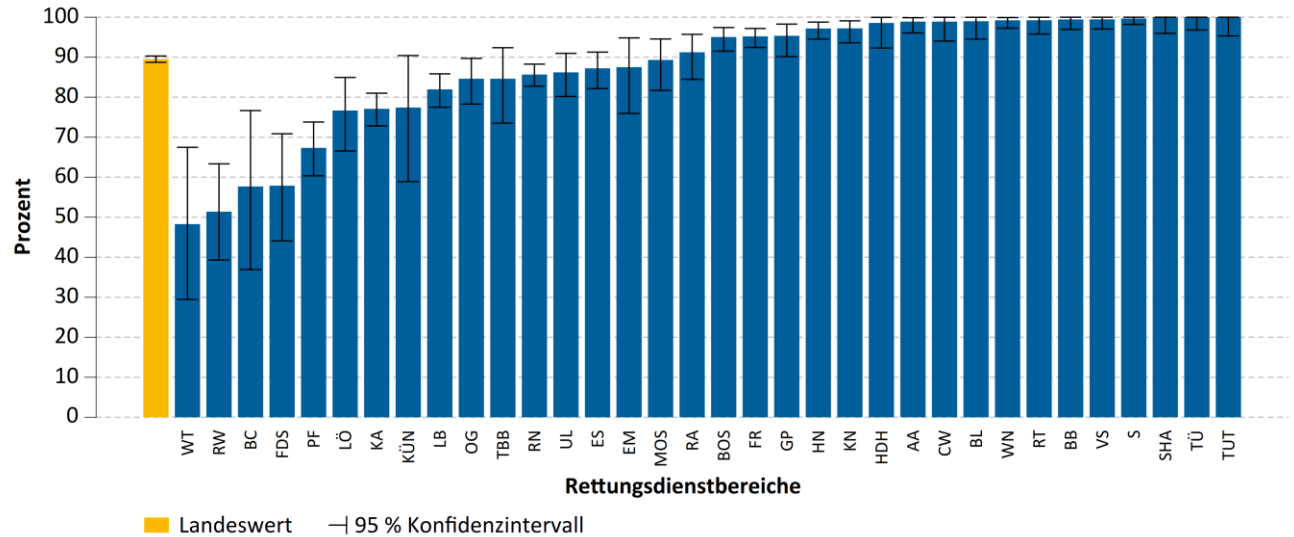
0. Gemeinde-Notfallsanitäter?
 1. RTW I
 2. RTW II (Notfallsanitäter)
 3. RTW II + **Telenotarzt/Telehausarzt**
 4. NEF alleine
 5. NEF + RTW
 6. Kindernotarzt + RTW
 7. RTH + RTW
- + **Telenotarzt immer optional**



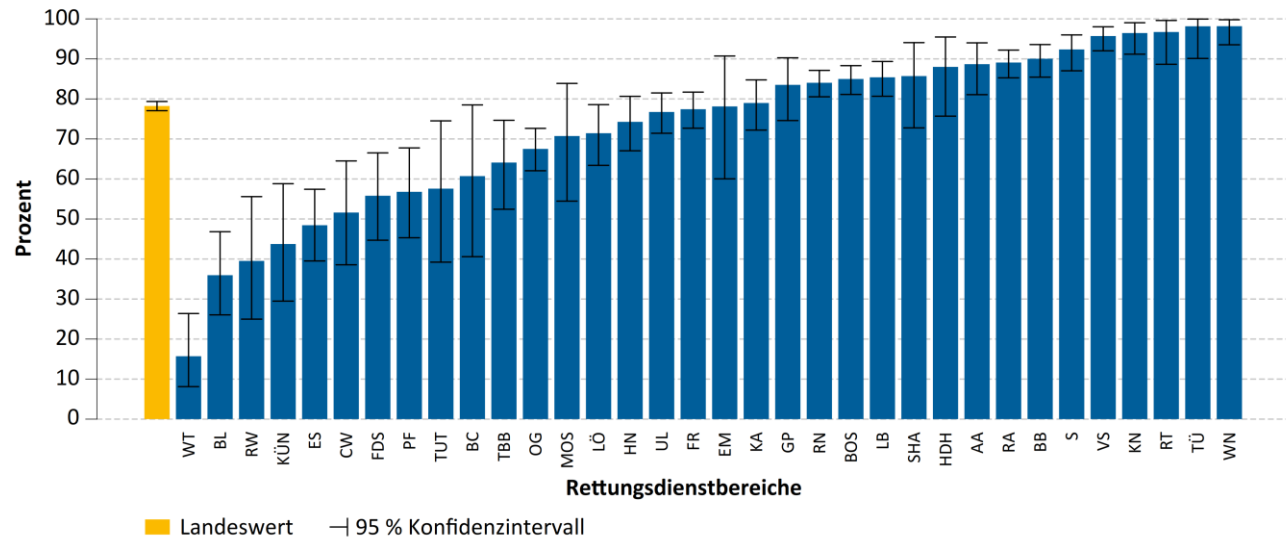
Primärer Transport in geeignete Klinik

www.sqrbw.de

Myokardinfarkt



Polytrauma



SVR-Gutachten 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 Allgemeinmedizinerinnen 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.

Hilfe Suchender/Patient

Lebensgefahr?
Akute medizinische Hilfe nötig?

Leitstelle 112

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

Zentr. Notaufnahme



z. B. Hausarzt

keine Akutmaßnahme erforderlich

116117

KV-Arzt Hausbesuch

Rettungsdienst



Integrierte Praxis



ggf. „Videosprechstunde“ angeschlossen



Nachzulesen in ...

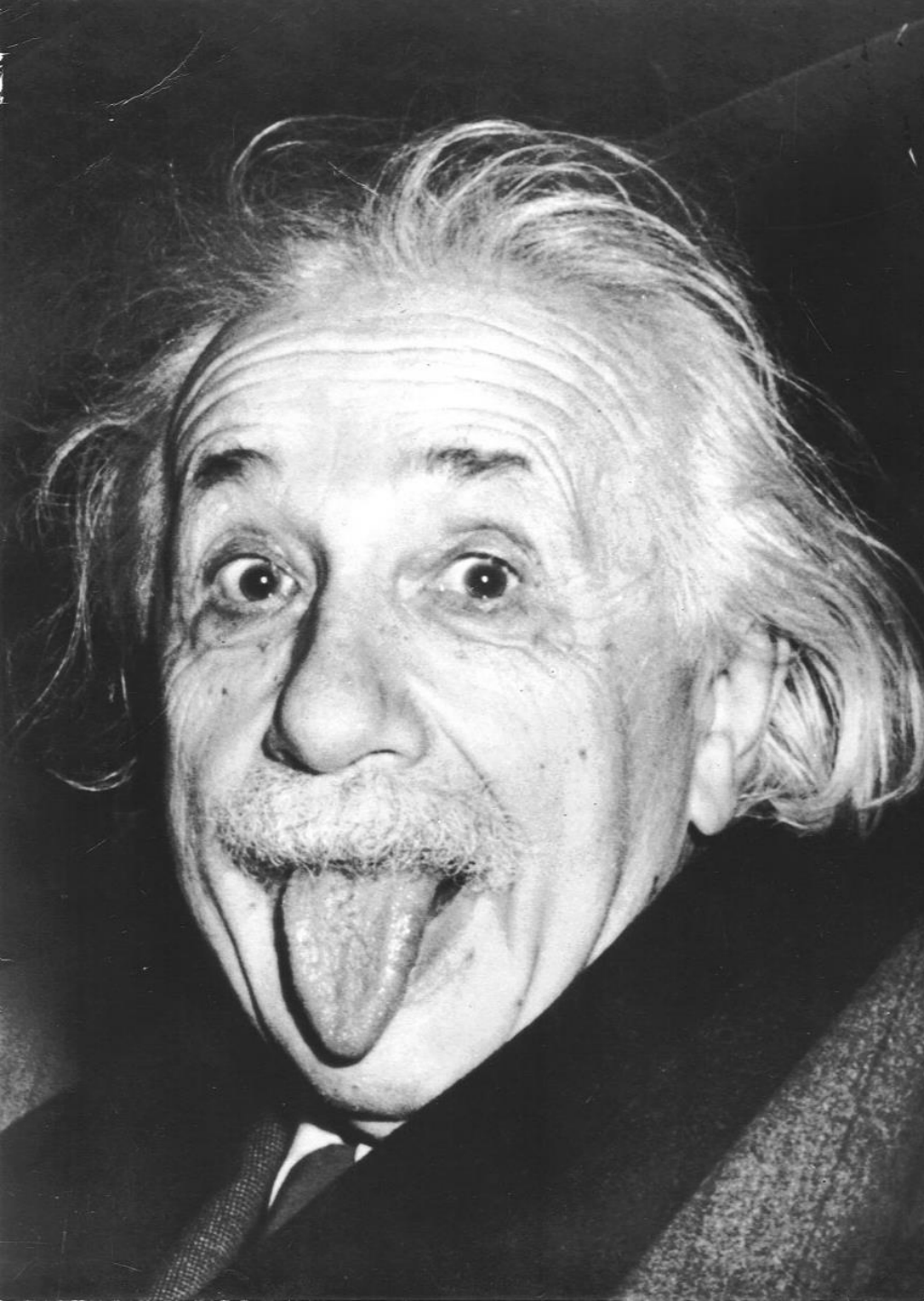


Fazit



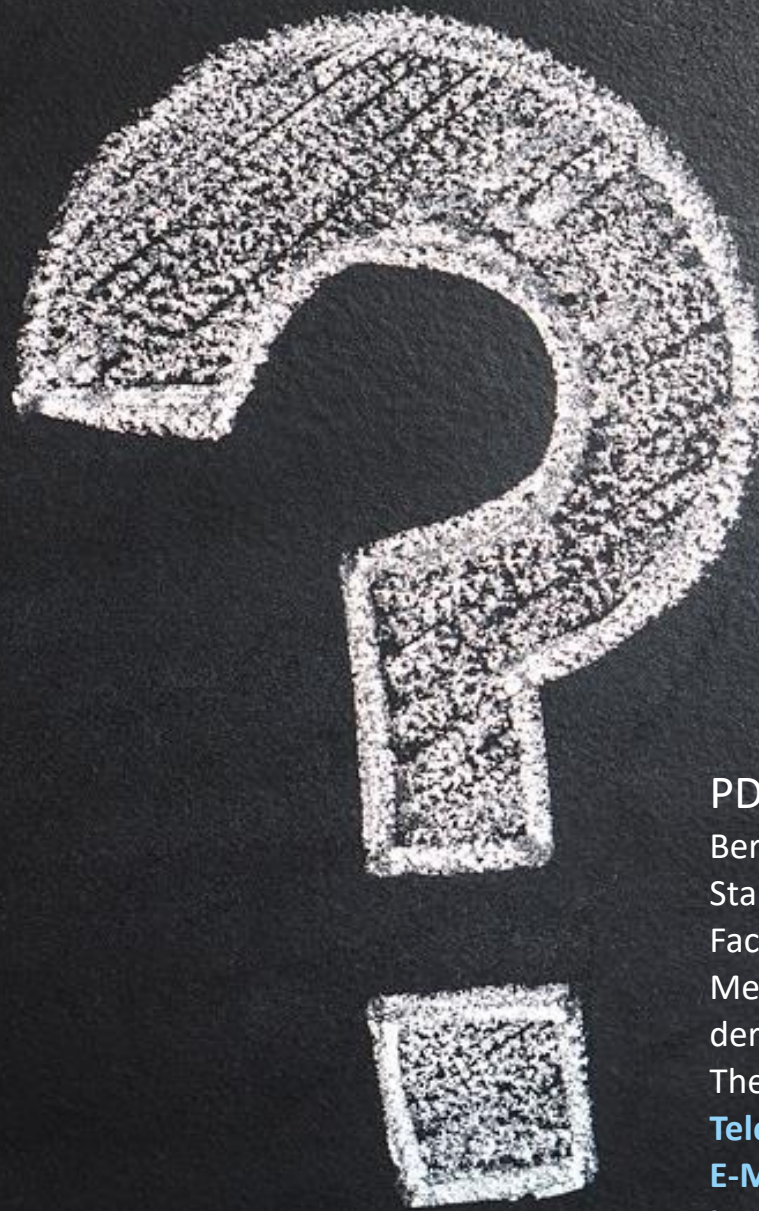
Fazit

- Notfallpatienten sind **primär behandlungsbedürftig** – nicht ambulant oder stationär! **Sektoren(grenzen)** dürfen Notfallversorgung nicht behindern.
- Übergreifende, gemeinsame und verbindliche Organisation für **Rettungsdienst und KV-Dienst, abgestimmt auf regionale Notaufnahme(n)**
- Frühestmögliche, strukturierte **Bahnung** der Versorgung im Einzelfall
 - Nur jeweils **eine „Anlaufstelle“**
 - **Telefonisch:** Rettungsleitstelle 112
 - **Örtlich:** Zentrale Notaufnahme
- Breite Nutzung **Telemedizin**, insbesondere Telekonsultation
 - **Professioneller Bereich, Lebensgefahr: Telenotarzt**
 - **Patienten im Akutfall ohne Lebensgefahr: Videosprechstunde**
- Prinzip der „**schnellen Deeskalation**“ zum Grundsatz machen
 - **Tödlicher Zeitverlust kann nur früh verhindert werden!**
- Mehr „**Deeskalationsstufen**“ für Rettungsdienst
- SVR-Gutachten mit überwiegend **guten Empfehlungen** ... die endlich konsequente Umsetzung erfordern



*Probleme kann man
niemals mit derselben
Denkweise lösen, durch
die sie entstanden sind.*

Albert Einstein



PD Dr. med. Max Skorning

Bereichsleiter

Stabsbereich Qualität und Patientensicherheit

Facharzt für Anästhesiologie

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e. V. (MDS)

Theodor-Althoff-Straße 47 | 45133 Essen

Telefon: 0201 8327-130

E-Mail: m.skorning@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de