



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2018

Notfallversorgung 2.0

Dokumentation und Zusammenfassung der Ergebnisse der

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2018

Notfallversorgung 2.0

Datum: 07. November 2018

Zeit: 09:00 Uhr bis 19:00 Uhr

Ort: AMANO Rooftop Conference
Rosenthaler Str. 63-64
10119 Berlin

Veranstalter: Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg (Handlungsfeld „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“) in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Brandenburg

Thesen – Forderungen – Impulse

1. Gemeinsame, innovative Systementwicklung innerhalb und außerhalb der Akut- und Notfallversorgung - unabhängig von bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen

Die aktuellen Problematiken der Akut- und Notfallversorgung bedürfen innovativer und disruptiver Lösungsansätze. Diese sollten sektorübergreifend und unabhängig von aktuellen gesetzlichen und ordnungspolitischen Regelungen geplant werden. Hier sollten Landesregelungen die Vorgaben des Bundes ergänzen, um regionale Gegebenheiten adäquat zu würdigen. Bevor bestimmte Berufsgruppen – wie beispielsweise die niedergelassenen Ärzte – für eine Teilnahme an der Akut- und Notfallversorgung hinsichtlich bestimmter Funktionen verpflichtet werden, muss geprüft werden, ob dazu sowohl der Wunsch als auch die Möglichkeit der Ärzte besteht. Grundsätzlich muss sich jede Planung am faktischen Bedarf aus Patientensicht orientieren. Ggf. ist zur Planung auch in Brandenburg eine Unterarbeitsgruppe des 90a-Gremiums einzurichten. Auf regionaler Ebene (bspw. Leitstellenbereiche) sollten runde Tische mit Vertretern aller Leistungserbringer eingerichtet werden, um die regionale Akut- und Notfallversorgung optimal und kollegial ausgestalten zu können.

2. Rechtliche Rahmenbedingungen anpassen, Akut- und Notfallversorgung definieren und Gesundheitskompetenz fördern

Die aktuellen, rechtlichen Rahmenbedingungen der Akut- und Notfallversorgung bedürfen gesetzlicher sowie untergesetzlicher Änderungen auf Bundes- und Landesebene. Insbesondere bedarf es einer gesetzlichen Definition der Akut- und Notfallversorgung. Neben neuen Regelungen zu den Qualifikationen der Leistungserbringer oder der Art der Leistungserbringung selbst (beispielsweise Akutversorgung in Pflegeheimen) muss auch die Sicherheit des Personals Beachtung finden. Neue gesetzliche Regelungen – beispielsweise zur Verbesserung der Patientensteuerung – dürfen keine Haftungsfragen für einzelne Mitarbeiter provozieren. Insofern sind zunächst alle relevanten Gesetzbücher auf Vereinbarkeit der geplanten Neuregelungen zur Akut- und Notfallversorgung zu überprüfen und ggf. anzupassen. Als langfristig wirksame Maßnahme im Sinne der Resilienzförderung wird die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – beispielsweise bereits im Schulunterricht – empfohlen.

3. Integrierte Notfallzentren gründen und sektorübergreifend organisieren

Für Akut- und Notfallpatienten sollen zentrale Anlaufstellen an Krankenhäusern geschaffen werden. Diese sollten – entsprechend der Empfehlungen des Sachverständigen-

rats – als sektorübergreifende, integrierte Notfallzentren (INZ) organisiert werden und möglichst niedergelassene Ärzte einbinden. Die INZ müssen Patienten mit allen akut- und notfallmedizinischen Anliegen versorgen können. Insbesondere große Krankenhausstandorte und solche mit geeignetem Fachabteilungsspektrum für die fachspezifische Akut- und Notfallversorgung sind als Standorte geeignet. Dabei muss eine flächendeckende Vorhaltung gewährleistet sein. Die Einrichtung von sogenannten Portalpraxen wird aufgrund der damit einhergehenden Aufrechterhaltung der sektoralen Trennung abgelehnt.

4. Ressourcen und Kompetenzen definieren – Pflege und psychosoziale Hilfsangebote einbinden

Für integrierte Notfallzentren (INZ) müssen qualitative und quantitative Standards für die Personal- und Materialvorhaltung definiert werden. Gleichsam müssen in Bezug auf die personelle Ausstattung Kompetenzen und Pflichten definiert werden. Zudem muss an den jeweiligen Krankenhäusern ein bedarfsgerechtes Kontingent an freien Betten für die Akut- und Notfallversorgung vorgehalten werden, um sogenannte Exit-Blocks mit konsekutiver Überfüllung des INZ zu vermeiden. Für Leitstellen und INZs sollten auch Akutpflege und psychosoziale Hilfe wie z.B. Krisendienst, Hilfe bei häuslicher Gewalt, Kinderschutz etc. vermittelbar sein. Leitstellen sollten dafür über wissenschaftlich evaluierte Sichtungs- und Priorisierungssysteme verfügen. Ein Terminierungssystem über alle Leistungserbringer hinweg soll sicherstellen, dass die Rettungsdienst- und INZ-Kapazitäten sinnvoll für zeitkritische Behandlungen eingesetzt werden können und aufschiebbare Behandlungen verlässlich mit Terminen an anderer Stelle vereinbart werden können.

5. Finanzierung sichern und sachgerecht gestalten

Die sachgerechte und kostendeckende Finanzierung der Akut- und Notfallversorgung wird als erfolgsentscheidend angesehen. Integrierte Notfallzentren (INZ) müssen finanziell eigenständig sein, um Anreize zur Fehlsteuerung von Patienten zu vermeiden. Insbesondere muss die aktuelle Vorgehensweise, dass Krankenhäuser für vermeintlich ambulante Notfallleistungen, die aber nicht in kassenärztlichen Bereitschaftspraxen erbracht werden können, defizitäre Vergütungen auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) erhalten, schnellstmöglich beendet werden. Auch die Kostendeckung von ambulanten Leistungen muss überprüft und ggf. angepasst werden. Es muss ein Gesamtbudget gebildet und politisch getragen werden, was sich am Ressourcenbedarf orientiert und jederzeit eine adäquate Vorhaltung ermöglicht. Das Gesamtbudget für die Akut- und Notfallversorgung sollte nicht allein durch Umverteilung – sondern vielmehr durch Aufstockung – bereitgestellt werden,

um ausreichend Akzeptanz für die Entwicklungsmaßnahmen im gesamten Gesundheitswesen herzustellen.

6. Qualifizierung des Personals – Investition in die Zukunft!

Investition in die Notfallversorgung heißt vor allem Investition in die Fachkräfte! Für alle an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Fachkräfte sind verbindliche Qualitätsanforderungen zu formulieren und entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen bereitzustellen. Dies betrifft die pflegerischen und medizinisch-fachlichen Kompetenzen als auch überfachliche Kompetenzen, z.B. für telefonische Beratung oder Disposition von Rettungsmitteln. Grundsätzlich sollten generalistisch ausgebildete Ärzte mit spezifischer Notfallkompetenz primär die ärztliche Akut- und Notfallversorgung durchführen. Für hochdringliche Fälle sollten dies Notärzte bzw. klinische Akut- und Notfallmediziner sein. In weniger dringlichen Fällen können dies auch Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Ärzte mit notfallmedizinischer Zusatzqualifikation sein. Weitere Fachärzte mit spezifischen Gebietsbezeichnungen sollten sekundär eingebunden werden können. Insbesondere bedarf es einer sachgerechten Definition der Qualifikation der Ärzte im ambulanten Sektor, da bislang Ärzte aller Gebietsbezeichnungen ohne spezifische Qualifikation für die fachübergreifende Akut- und Notfallversorgung am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen.

7. Patientensteuerung aus Patientenperspektive planen und im gesamten Versorgungsprozess optimieren!

Im Versorgungsprozess steht der Patient und seine Sicherheit im Vordergrund. Eine barrierefreie telefonische Beratung für akut- und notfallmedizinische Anlässe sollte jederzeit durch Leitstellen zur Verfügung stehen und über die beiden Telefonnummern 112 und 116117 erreichbar sein. Mit Unterstützung validierter Entscheidungsunterstützungssysteme sollten qualifizierte Leitstellenmitarbeiter für Patienten aller Dringlichkeitskategorien jeweils die geeigneten Ressourcen disponieren können. Neben reinen Beratungsanlässen sollen mit steigender Dringlichkeit auch Termine in Arztpraxen vereinbart werden können, ein Hausbesuch veranlasst bzw. die Vorstellung in einem integrierten Notfallzentrum (INZ) empfohlen werden oder direkt Rettungsmittel disponiert werden können. Dabei sollen für spezifische Indikationen auch reine Pflegekonsultationen, palliativmedizinische Angebote oder andere psychosoziale Hilfsangebote vermittelt werden können. Wenn ein zeitnaher Arztkontakt zur tiefergehenden medizinischen Evaluation notwendig scheint, wird die Vorstellung in einem INZ empfohlen. Dort gibt es zur Anmeldung und differenzierten Dringlichkeitskategorisierung der Patienten "einen Tresen, ein PC, ein validiertes Ersteinschätzungssystem, ein Team und eine Verantwortung". Schwere Notfälle werden stabilisiert, diagnostiziert, therapiert und ggf. in Krankenhäuser der erweiterten oder umfassenden Not-

fallversorgung weitergeleitet, andere Not- bzw. Akutfälle werden vor Ort versorgt und in die ambulante Weiterbehandlung entlassen bzw. in die stationäre Weiterbehandlung verlegt. Prinzipiell sollten alle Ressourcen, die eine Leitstelle vermitteln kann, auch aus dem INZ alloziert werden können. Wichtig: Entscheidend ist nicht, wer den Patienten versorgt, sondern dass dem Patienten adäquat geholfen wird. Die "Steuerung" – oder vielmehr "Navigation" des unterstützten Patienten – erfolgt dazu nicht allein in der Ersteinschätzung, sondern im gesamten Versorgungsprozess!

8. Kategorisierung von Patienten – Priorisierung auf wissenschaftlicher Basis

Für die Kategorisierung der Behandlungspriorität von Akut- und Notfallpatienten durch Mitarbeitende von Leitstellen und medizinischen Versorgungseinrichtungen müssen spezifische Qualifizierungsmaßnahmen bereitgestellt und durchgeführt werden. In jeder Einrichtung sollen für die Priorisierung wissenschaftlich validierte und IT-gestützte Entscheidungsunterstützungssysteme – die aktuell entweder für den telefonischen oder den persönlichen Kontakt zum Patienten konzipiert sind – einheitlich angewendet werden. Ein für Deutschland validiertes System, welches sowohl die Dringlichkeit risikogerecht zuordnet, eine sektorspezifische Ressourcenallokation erlaubt und gleichsam für den telefonischen als auch für den persönlichen Kontakt zum Patienten geeignet ist, ist momentan weder existent noch zielorientiert. In den Rettungsleitstellen und den Notaufnahmen der Krankenhäuser sind seit Jahren validierte Systeme (bspw. SNAP, NOAS, MTS, ESI) etabliert. Alle Systeme müssen sicher in der Lage sein, hochdringliche Fälle schnell und verlässlich zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu empfehlen. Über die üblichen Funktionalitäten von IT-Systemen können dann weitere Standard Operating Procedures (SOP) – unter Würdigung der regionalen oder institutionsbezogenen Ressourcen – implementiert werden. Nach prioritärer Identifikation der hochdringlichen Fälle sollen die Einschätzung der generellen Behandlungsnotwendigkeit, die Differenzierung der Behandlungsdringlichkeit und idealerweise die Empfehlung einer SOP erfolgen.

9. Datenbasis für Versorgungsforschung schaffen und Qualitätsmanagement barrierearm etablieren

Eine einheitliche und elektronische Datenerhebung ist für alle Bereiche der Akut- und Notfallversorgung zu fordern, um eine belastbare Qualitätssicherung etablieren zu können. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Weiterentwicklung des Versorgungssystems notwendig, um systematische Über- und Unterversorgung identifizieren zu können. Dafür sind die noch sehr heterogenen Datenschutzregelungen der Länder dahingehend zu überprüfen, ob sie ein Qualitätsmanagement unnötig behindern. Gleichsam sind digitale Netzwerke zu schaffen, die

eine Zusammenführung von standardisierten Daten und deren Auswertung erlauben. Eine robuste Datenbasis kann Grundlagen für gezielte Interventionen und eine zielorientierte Patientensteuerung schaffen, die Patientensicherheit und -zufriedenheit erhöhen und die Effizienz der eingesetzten Ressourcen steigern. Von zentraler Bedeutung ist die Förderung einer patientenzentrierten Sicht auf der Basis valider Daten, die von allen Leistungserbringern in der Versorgungskette bereitgestellt werden.

10. Fernbehandlung zulassen - Telemedizinische Anwendungen entwickeln und integrieren

In Leitstellen telefonisch durchgeführte und als sinnvoll erachtete medizinische Beratungen von Patienten gelten als Fernbehandlung. Die Ärztekammern der Länder sollten daher Fernbehandlungen bei akut- und notfallmedizinischen Anlässen unterstützen. Befindet sich ein Patient bereits in persönlicher Behandlung von Ärzten oder von notfallmedizinischem Fachpersonal, können bereits vereinzelt etablierte telemedizinische Anwendungen eine ggf. fehlende Expertise vor Ort ergänzen (Telekonsil) und dadurch entweder zeitkritische Behandlungen ermöglichen oder Transferkosten vermeiden. Im Rettungsdienst und in integrierten Notfallzentren aller Versorgungsstufen sollten daher telemedizinische Anwendungen – ob ton-, bild- und/oder videogestützt – implementiert werden und regelhaft zum Einsatz kommen. Insbesondere für die Akut- und Notfallversorgung in Flächenregionen wird diese Technologie als zwingend erforderlich angesehen.

INHALT

1. Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung	8
2. Agenda der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2018 Notfallversorgung 2.0	10
3. Begrüßung und Einleitung	12
Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	
4. Redebeiträge der Politik	13
4.1 Redebeitrag	13
Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin	
4.2 Redebeitrag	14
Susanna Karawanskij, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Brandenburg	
5. Vortragsblock: Überregionaler und regionaler Input	16
5.1 Aktuelle Konzepte zur Notfallversorgung	16
Dr. Brigitte Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin	
5.2 Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg: Erste Erkenntnisse aus dem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt	17
Dr. Martin Albrecht, IGES Institut	
5.3 Was kann die Versorgungsforschung zur Neuorganisation der Notfallversorgung beitragen?	18
Prof. Dr. Martin Möckel, Charité-Universitätsmedizin Berlin	
6. Ideen zur Gestaltung der gemeinsamen Sicherstellung der Notfallversorgung	20
7. Podiumsdiskussion	22
8. Impuls aus Patientensicht²⁶	
Karin Stötzner, Patientenbeauftragte für Berlin	
9. Einführung in den weiteren Arbeitsablauf	27
10. Gesamtplenium und Zusammenfassung der Workshopergebnisse	28
10.1 Themenbereich 1: Stufenkonzept	28
Moderation: Michael Jacob, Werner Dau	
10.2 Themenbereich 2: Patientensteuerung	29
Moderation: Dr. Stefan Poloczek, Karin Stötzner	
10.3 Themenbereich 3: Geteilte Sicherstellung	31
Moderation: Dr. Timo Schöpke, Ursula Helms	
11. Abschluss und Verabschiedung	35
Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	
12. Anhang	36

1. Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Das Ziel der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung ist, einen fachlichen, länderübergreifenden Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft angesichts der spezifischen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Region Berlin-Brandenburg zu etablieren. Die Werkstatt dient als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure in der Region Berlin-Brandenburg. Im Fokus steht die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bürger mit ihren unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolregion sowie des ländlichen Raumes in Brandenburg.

Organisiert und koordiniert wird die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung durch das Management des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, da die Idee für ein eigenes Veranstaltungsformat aus den Diskussionen der Handlungsfeldworkshops entstanden ist. In diesen Diskussionen wurde bereits auf die Überschneidung zu den 90a Gremien und auf die Verbindungslinien zur zukünftigen gemeinsamen Krankenhausplanung hingewiesen. Abbildung 1 zeigt, von welchen Inputs die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung gespeist wird.

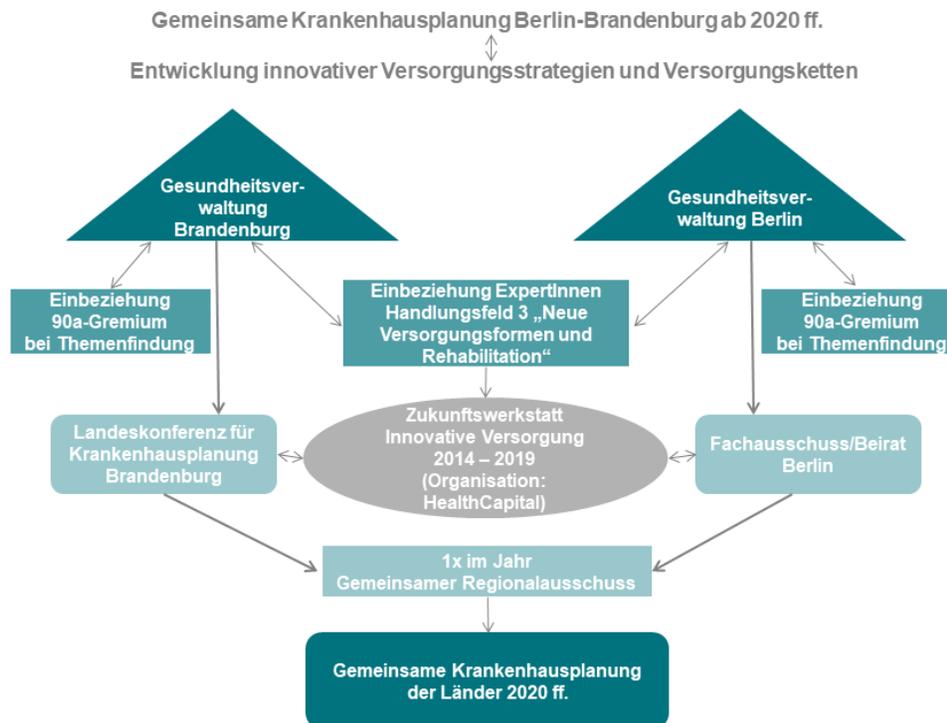


Abbildung 1: Inputs der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Für die Themenfindung sollen sowohl die Experten des Handlungsfeldes 3 befragt als auch über die Länderverwaltungen die Vorschläge der 90a Gremien eingeholt werden. Dabei bleibt die Unabhängigkeit des Handlungsfel-

des und der 90a Gremien selbstverständlich gewahrt. Es bietet sich außerdem an, Themen, die längerfristig mit der Krankenhausplanung zusammenhängen, mit den inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Zukunftswerkstatt zu

Hinweis zur Sprachregelung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Dokumentation das generische Maskulinum verwendet. Alle Aussagen gelten selbstverständlich für Frauen und Männer gleichermaßen.

verbinden. Wichtig dabei ist, dass die Ergebnisse der Werkstattgespräche qualitativ hochwertig dokumentiert werden und dadurch eine Verwertung der Ergebnisse für die beteiligten Akteure und Gremien möglich ist. Die weitere Umsetzung einer zukünftigen Krankenhausplanung findet unabhängig und außerhalb der Zukunftswerkstatt und des Handlungsfeldes durch die in der Abbildung dargestellten Gremien statt. Die Platzierung der Zukunftswerkstatt im Zentrum der Abbildung 1 reflektiert lediglich die Aufnahme von eingehenden Informationen sowie die Nutzung potentieller Ergebnisse aus den Werkstattgesprächen und stellt in keiner Weise eine hierarchische Beziehung

der in der Abbildung aufgeführten Gremien bzw. Akteure dar.

Abbildung 2 zeigt die in den bisherigen Diskussionen identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte, denen sich die jährlich stattfindenden Zukunftswerkstätten zu jeweils einem Schwerpunkt annehmen werden. Geplant ist, die Zukunftswerkstatt mit jeweils ca. 50 Teilnehmenden durchzuführen und abwechselnd Berlin und Brandenburg als Veranstaltungsort zu wählen.



Abbildung 2: Inhaltliche Schwerpunkte der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Die vorliegende Dokumentation der Zukunftswerkstatt „Notfallversorgung 2.0“ bietet einen strukturierten Überblick über die in der Veranstaltung diskutierten Inhalte. In den Kapiteln 4 bis 8 erfolgt eine Zusammenfassung der einführenden und schwerpunktsetzenden Redebeiträge, Vorträge sowie der Podiumsdiskussion. Die Zusammenfassungen fokussieren dabei auf wesentliche Aussagen der Vorträge. Die ausführlichen, den Vorträgen zugrun-

deliegenden Präsentationen der Referenten finden sich jeweils im Anhang. Im Kapitel 10 werden die Ergebnisse der drei parallel durchgeführten Workshops auf der Grundlage der in den Gruppen erarbeiteten Pinnwände und der Zusammenfassung der jeweiligen Moderatoren dargestellt. Die Ergebnisse spiegeln insofern nicht die Meinung aller Teilnehmenden wider und stellen auch keine Priorisierung bestimmter Themen dar.

2. Agenda

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung am 07.11.2018 zum Thema Notfallversorgung 2.0

08:30 - 09:00 **Registrierung**

09:00 - 09:15 **Begrüßung und Einleitung (Moderation Elimar Brandt)**

09:15 - 09:45 **Redebeiträge der Politik**

Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Susanna Karawanskij, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Brandenburg

09:45 –10:45 **Vortragsblock: Überregionaler und regionaler Input**

Aktuelle Konzepte der Notfallversorgung

Dr. Brigitte Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg: Erste Erkenntnisse aus dem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt

Dr. Martin Albrecht , IGES Institut

Was kann die Versorgungsforschung zur Neuorganisation der Notfallversorgung beitragen?

Prof. Martin Möckel, Charité-Universitätsmedizin Berlin

10:45 - 11:00 **Kaffeepause**

11:00 - 11:20 **„Ideen zur Gestaltung der gemeinsamen Sicherstellung der Notfallversorgung“**

11:20 - 12:30 **Podiumsdiskussion**

Dr. Burkhard Ruppert, KV Berlin

Marc Schreiner, BKG

Dr. Detlef Troppens, LKB

Andreas Schwark, KV Brandenburg

Prof. Dr. Martin Möckel, Charité

Dr. Timo Schöpke, Klinikum Barnim GmbH

Dr. Sabine Richard, AOK BV

12:30 - 12:40 **Impuls aus Patientensicht**

Karin Stötzner, Patientenbeauftragte für Berlin

- 12:40 - 12:45** **Einführung in den weiteren Arbeitsablauf**
- 12:45 - 13:45** **Mittagspause**
- 13:45 - 15:00** **1. Gruppenarbeitsphase**
Themenbereich 1: **Stufenkonzept**
Moderation: Michael Jacob
Patientenvertretung: Werner Dau
- Themenbereich 2: **Patientensteuerung**
Moderation: Dr. Stefan Poloczek
Patientenvertretung: Karin Stötzner
- Themenbereich 3: **geteilte Sicherstellung**
Moderation: Dr. Timo Schöpke
Patientenvertretung: Ursula Helms
- 15:00 - 15:30** **Kaffeepause**
- 15:30 - 17:00** **2. Gruppenarbeitsphase**
- 17:00 - 17:30** **Gesamtplenium und Zusammenfassung der Ergebnisse**
- 17:30 - 19:00** **Get-Together**

3. Begrüßung und Einleitung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Ich entbiete Ihnen allen einen ganz fröhlichen guten Morgen und ein herzliches Willkommen zu unserer fünften Zukunftswerkstatt. Sie haben richtig entschieden, heute an der Zukunftswerkstatt teilzunehmen. Das wird ein interessanter und spannender Tag. Und es ist mir eine besondere Freude, dass ich die Ministerin und die Senatorin der Bundesländer herzlich willkommen heißen kann. Es ist etwas ganz Besonderes, dass Sie uns als politisch Verantwortliche schon über fünf Jahre einen großen Raum zur Gestaltung eingeräumt haben. Es ist nicht selbstverständlich, dass engagierte, profilierte Persönlichkeiten zusammenkommen, um sich über die Zukunft in der Gesundheitsversorgung in Berlin und Brandenburg auszutauschen und Vorschläge zu machen für eine gemeinsame Krankenhausplanung.

Dies ist heute die fünfte Zukunftswerkstatt. Angefangen haben wir mit der Geriatrie, dann hatten wir schon einmal die Notfallversorgung. Wir haben uns dann mit der Pädiatrie beschäftigt und im letzten Jahr mit der Psychiatrie. Für dieses Jahr hat die Steuerungsgruppe gesagt, es ist gut, das Thema Notfallversorgung nochmal aufzunehmen, die aktuellen Fragestellungen und neuen Chancen durch die Gesetzgebung aufzubereiten. Es gibt sehr gute Ergebnisse aus der Zukunftswerkstatt 2015, diese spielen auch in der heutigen Zukunftswerkstatt eine Rolle. Wir haben damals schon gute und wichtige Ideen entwickelt, gerade mit Blick auf die Rettungsstelle, Notfallpraxis und deren Schnittstelle. Auch der Bereich flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten war 2015 ein Thema. Wir wollen heute schauen, was sich in den vergangenen drei Jahren entwickelt hat und wie die Zukunft – auch mit Blick auf die gemeinsame Krankenhausplanung – aussehen soll.

4. Redebeiträge der Politik

4.1 Redebeitrag

Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin

Sehr geehrte Frau Ministerin Karawanskij, es ist heute unsere erste Begegnung. Ich freue mich auf die gute Zusammenarbeit, denn wir haben tatsächlich gemeinsam Einiges vor. Sehr geehrter Herr Brandt, herzlichen Dank für die nette Begrüßung. Auch wir haben gemeinsam Einiges miteinander vor. Ich darf verraten, dass ich demnächst die große Ehre und Freude habe, Herrn Brandt mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland auszuzeichnen. Ihr Engagement ist wirklich großartig.

Ich habe sehr aufmerksam die Ergebnisse der Zukunftswerkstatt 2015 zur Kenntnis genommen, denn solche Veranstaltungen sind nicht nur wichtig, um sich auszutauschen, sondern auch um konkrete Vorschläge zu machen. Mit großer Spannung schaue ich deshalb auch auf die heutige Zukunftswerkstatt, denn die Herausforderungen rund um die Notfallversorgung sind noch lange nicht gelöst. Wir versuchen das Thema nicht nur in Berlin voranzubringen, sondern auch auf Bundesebene. Die Notfallversorgung bietet sich sehr gut an für eine Zusammenarbeit zwischen Berlin und Brandenburg, denn trotz aller Unterschiede sind die Herausforderungen sehr ähnlich. Hier sehe ich eine große Chance und deswegen freue ich mich, dass wir in diesem Rahmen der Zukunftswerkstatt das Thema gemeinsam aufrufen.

Ich möchte Ihnen kurz meine Sicht auf die Notfallversorgung schildern. Wenn ich über die Notfallversorgung rede, habe ich komplett die Patientenbrille auf. Die Patientenorientierung muss immer im Mittelpunkt stehen. Deswegen freue ich mich, dass heute auch die von mir sehr geschätzte Patientinnenbeauftragte Frau Stötzner dabei ist. Wir haben ein hervorragendes Gesundheitssystem in Deutschland, aber die Sektorenorientierung steht manchmal so im Vordergrund, dass die Patientensicht aus dem Blick gerät. Es ist eine große Herausforderung, die Sektoreninteressen im Sinne einer patientenorientierten Notfallversorgung zu überwinden. Ein weiteres Problem ist die steigende Zahl der Patienten, die die Notaufnahme aufsuchen. Hier fehlen personelle und räumliche Kapazitäten. Investitionen in die Notaufnahmen heißt auch Investitionen in Fachkräfte.

Wir beginnen nicht erst heute mit der Diskussion um die Notfallversorgung, sondern es gab bereits eine länderübergreifende Arbeitsgruppe Notfallversorgung. Berlin hat auch auf der Gesundheitsministerkonferenz eine Initiative zur Neuregelung der Notfallversorgung einschließlich der Vergütung gestartet. Das Vergütungsthema ist hier entscheidend und das jüngste Sachverständigenratsgutachten hat umfangreiche Empfehlungen diesbezüglich ausgesprochen (<https://bit.ly/2INRRJq>). Auf der Bundesebene



wird gerade eine gesetzliche Grundlage vorbereitet für Integrierte Notfallzentren (INZ). Aber auch hier sind viele Fragen nicht geklärt, weswegen es gut ist, dass wir uns heute treffen.

In Berlin haben wir bereits einen Weg hinter uns. Ich bin stolz darauf, dass wir in Berlin die Notfallversorgung schon sehr frühzeitig im Rahmen der Krankenhausplanung mit Qualitätsvorgaben versehen haben. Deswegen hat Berlin auch jüngst bei den vom G-BA verabschiedeten Stufungen des Gesundheitssystems sehr gut abgeschnitten. Aber das ist kein Grund um sich zurückzulehnen, weil Probleme wie die steigenden Patientenzahlen dennoch auch in Berlin Realität sind. Ein Problem ist auch, dass während der Öffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte ein sehr hoher Anteil von Patienten in der Notaufnahme versorgt wird. Die KV ist inzwischen sehr aktiv geworden, zum Beispiel mit dem Bekanntmachen der Telefonnummer „116117“ und der Optimierung der dahinter liegenden Prozesse. Der ärztliche Notdienst muss gut aufgestellt sein, damit wir eine Entlastung der Notaufnahmen hinbekommen. Deswegen begrüße ich diese ersten Schritte, sage aber auch, dass dies wirklich nur erste Schritte sind. Wir haben deshalb im 90a-Gremium eine Unterarbeitsgruppe Notfallversorgung eingerichtet, wir haben in Berlin Portalpraxen eingerichtet. Allerdings haben diese im Ergebnis nicht funktioniert. Ich finde es gut, dass wir im 90a-Gremium so offen miteinander reden und es von allen Seiten ähnlich gesehen wird: Wir haben zurzeit in Berlin nur zwei Portalpraxen bzw. Notdienstpraxen, welche wirklich auch mit niedergelassenen Ärzten besetzt werden. Dies ist ein Grundproblem. Man kann sich Strukturen einfallen lassen, aber sind dann die niedergelassenen Ärzte da, die auch in diese Strukturen reingehen? Rechnet sich das für sie? Das ist tatsächlich eine Herausforderung. Da sind wir tatsächlich am Anfang und diskutieren in einer Unterarbeitsgruppe des 90a-Gremiums, wie die Struktur in Berlin weiterentwickelt werden soll. Es müssen Standards definiert werden und es darf nicht dem Zufall überlassen sein, wer sich gerade wo mit welchen Kapazitäten engagiert. Ein interdisziplinäres und sektorübergreifendes inte-

griertes Notfallzentrum mit Beteiligung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durchgehend 24 Stunden pro Tag ist das, was wir in Berlin anstreben. Aber dafür sind auch viele Detailfragen zu klären: Wer macht die Triage? Wo kommen die Fachärzte her?

Die Notfallversorgung ist ein gutes Thema, bei dem Berlin und Brandenburg zusammenarbeiten können. Wir haben z.B. in Berlin Zusatzweiterbildungen auf den Weg gebracht. Hier könnte man überlegen, ob man solche Dinge – neben den Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan – nicht zusammen auf den Weg bringt. Es gibt auch bereits Positives in der Zusammenarbeit Berlin und Brandenburg zu berichten: Das ist IVENA (<https://bit.ly/2Glop0M>). Hier werden digitale Lösungen und Notfallversorgung zusammengebracht. Mittels digitaler Anwendungen gelangen die Informationen zum Notfall schneller in die Notaufnahmen, können Kapazitäten und Ressourcen besser abgestimmt werden. IVENA stellt somit nicht nur für die Patienten eine gute Sache dar, sondern auch für die Notaufnahmen und deren Organisation.

Vielen herzlichen Dank für die Organisation und für die Einladung zur heutigen Zukunftswerkstatt. Ich bin sehr gespannt auf die innovativen Ansätze und Vorschläge, die Sie hier miteinander entwickeln werden.

4.2 Redebeitrag

Susanna Karawanskij, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Herzlichen Dank für die freundlichen Worte, herzlichen Dank für die Begrüßung. Ich bin sehr froh, Kollegin Kolat, dass wir heute hier aufeinandertreffen. Dies ist ein guter Anlass über die Zukunft zu reden. Das Thema Notfallversorgung geht jeden an – vom Kind bis zum Erwachsenen. Und ich glaube, es gibt momentan kaum ein gesundheitspolitisches Thema, welches gerade so kontrovers diskutiert wird. Rettungsdienste und Notaufnahmen in den



Krankenhäusern sind stark überlastet, die Zahl stationär behandelter Notfallpatienten steigt seit Jahren ununterbrochen.

Die Notfallmedizin steht zunehmend unter ökonomischem Druck. Die Einsatzkräfte haben eine hohe Verantwortung, arbeiten unter großem Zeitdruck. Die Notfallversorgung selbst ist sehr komplex und deshalb bedarf es auch innovativer, mutiger Lösungsansätze. Hierbei muss immer der Mensch im Zentrum des Geschehens stehen. Wir müssen für eine spürbare Entlastung der Notfallversorgung sorgen, z.B. indem sog. „Bagatellfälle“ zuverlässig von akuten Notfällen abgegrenzt werden. Die Bundesebene versucht aktuell mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz, mit dem Versorgungsgesetz nach sinnvollen Lösungen zu suchen. Aber ich möchte trotzdem noch einmal betonen, dass die Ökonomie nicht das Primat über die Qualität der Patientensicherheit haben darf. Ganz im Gegenteil: Der Patient und die Versorgung stehen im Vordergrund. Qualität im Notfallmedizinbereich meint dabei nicht nur die Diagnostik und die therapeutisch medizinischen Prozesse, sondern auch die Strukturqualität. Die Qualifizierung des Personals ist ein wichtiger Punkt, aber auch die Kommunikation untereinander und mit dem Patienten. Es entstehen neue Berufsbilder, wie Notfallsanitäter, die einen wichtigen Anteil an der qualifizierten notfallmedizinischen Versorgung haben. Deshalb ist es wichtig, dass diese Ausbildung attraktiv und modern ist.

In der ambulanten Notfallversorgung geht es aktuell darum, die strukturelle Situation zu verbessern, indem man dann die entsprechenden Bereiche miteinander verzahnt. Wir haben hierfür gute Beispiele in Brandenburg. Die kasernenärztliche Vereinigung baut beispielsweise aktuell ihren ärztlichen Bereitschaftsdienst um, geht neue Kooperationen mit Krankenhäusern und Rettungsdiensten ein. Beim Aufbau der ambulant-stationären Gesundheitszentren wie z.B. in Templin haben wir vielversprechende Projekte umgesetzt, die inzwischen auch über die Landesgrenzen hinweg bekannt sind. Auch im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/>) werden Projekte in Brandenburg gefördert. Ich bin guter Dinge, dass diese Projekte das Potential haben, entsprechend ausgeweitet zu werden.

Die drängende Frage für Brandenburg ist: Wie kann Notfallversorgung in einem Flächenland gewährleistet werden? Hier spielt der weitere Ausbau von ambulant-stationären Gesundheitszentren weiterhin eine wichtige Rolle, damit wir eine flächendeckende Versorgung auch in Zukunft sicherstellen können.

Ich möchte noch einmal kurz auf die Bundesebene blicken. Kürzlich hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Beschluss zu einem neuen gestuften System der stationären Notfallversorgung in Deutschland veröffentlicht. Ich möchte für Brandenburg betonen, dass wir die statio-

näre Notfallversorgung flächendeckend gewährleisten werden. Auch in Zukunft werden wir in ländlichen Regionen in Krankenhäusern der Grundversorgung eine gute Notfallversorgung anbieten können. Die Landesregierung steht klar hinter den Krankenhausstandorten. Wir schauen uns die Notfallversorgung in Brandenburg aktuell sehr genau an. Viele von Ihnen wissen, dass wir uns mit einer Initiative des gemeinsamen Landesgremiums 90a seit 2017 mit einer Versorgungsforschungsstudie im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligen. In diesem Jahr können wir Auswahlregionen festlegen, um dann leistungserbringende Ärzte, aber auch Patienten befragen und Krankenhausdaten auswerten zu können. Es sollen auch Qualitätskriterien in der Notfallversorgung geprüft werden. Das aktuell vorliegende Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (<https://bit.ly/2INRRJq>) soll ebenfalls in die Versorgungsforschungsstudie einfließen.

Die flächendeckende medizinische Versorgung ist ein zentrales Ziel für uns in der Landespolitik. Das gilt insbesondere für die Notfallversorgung im ganzen Land. Deshalb finde ich es schön, dass diese Problematik heute im Zentrum der Veranstaltung steht. Sie hatten schon einmal die Notfallversorgung als Thema einer Zukunftswerkstatt. Mit der „Notfallversorgung 2.0“ heute gibt es das Versprechen, dass man auch weiterhin im Backoffice nach innovativen Lösungen sucht, während im Frontoffice die Patienten versorgt werden.

Es gab vor sechs Wochen die Tagung des Gemeinsamen Regionalausschusses Berlin und Brandenburg, auf der das Thema Notfallversorgung auch diskutiert wurde. Es ist also eine gute Aussaat da, jetzt muss man schauen, wie die Ernte wird. Ich möchte Ihnen deshalb an dieser Stelle danken für ihr Engagement. Ich möchte aber auch allen Leuten danken, die in der Notfallversorgung mit viel intrinsischer Motivation, Einsatzfreude, aber auch Idealismus arbeiten, denn dies geschieht tatsächlich schon in der Praxis über Landesgrenzen hinweg. Notfälle kennen keine Landesgrenzen. Deshalb ist es gut, sich in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg zu engagieren. Es ist wichtig, dass wir auf der politischen Ebene die Hürden so abbauen, dass wir genau diese Versorgung immer gewährleisten können. Ich hoffe, dass wir heute hier in der Zukunftswerkstatt einen erfolgreichen Tag mit guten und konstruktiven Gesprächen haben. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

5. Vortragsblock: Überregionaler und regionaler Input

5.1 Aktuelle Konzepte zur Notfallversorgung

Dr. Brigitte Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Ich möchte Ihnen gerne einen Überblick über die Konzepte zur Notfallversorgung geben, die in den letzten Jahren entstanden sind. Die medizinische und gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte hat enorme Auswirkungen auf die Notfallmedizin gehabt. Die Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch Akutfälle nimmt weiter zu. Die Bundesländer haben die Herausforderung der Notfallversorgung relativ früh erkannt und bereits in der Zukunftswerkstatt in 2015 konnte ich Ihnen einen Zwischenbericht der AG Notfallversorgung in der AG Krankenhauswesen der AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden) vorstellen. Das Krankenhausstrukturgesetz von 2016 hat zwar wichtige Änderungen für die Notfallversorgung mit sich gebracht, aber z.T. auch zu neuen Problemen geführt haben. Die Notfallversorgung ist oder bleibt aufgrund der Beteiligung unterschiedlicher Sektoren fragmentiert. Während die Notaufnahmen der Kliniken eine flächendeckende Notfallversorgung gewährleisten, ist die Verteilung der durch die KV organisierten Notdienstpraxen sehr heterogen und gerade in Berlin und Brandenburg ist der Verbreitungsgrad sehr gering.

Welche Lösungsmöglichkeiten werden vor diesem Hintergrund diskutiert? Hier ist zum einen der Endbericht der Länder zur Notfallversorgung (Bericht der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG zur Notfallversorgung durch Krankenhäuser, <https://bit.ly/2Sq2PO3>) zu nennen, der im Frühjahr 2017 der Gesundheitsministerkonferenz vorgestellt und von dieser einstimmig gebilligt wurde. Zum anderen ist auch das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen relevant (<https://bit.ly/2INRRJq>). Alle Konzepte zur Notfallversorgung der letzten zwei Jahre setzen vergleichbare Schwerpunkte: die Verbesserung der Patientensteuerung, die Organisation von Notfallzentren an Krankenhäusern sowie die Verbesserung bzw. Neugestaltung der Finanzierung.

Verbesserung der Patientensteuerung: Da der Patient im Notfall oft nicht weiß, welche Versorgungsebene für ihn zuständig ist, muss die Patientensteuerung optimiert werden: die Notrufnummern müssen stärker in der Öffentlichkeit verbreitet und die Leitstellen der Feuerwehr und der KV müssen besser vernetzt werden. Sinnvoll ist darüber hinaus, dass ärztliches Personal in der Leitstelle als medizinische Expertise vorgehalten wird, womit die KV in Berlin in diesem Monat begonnen hat. Wichtig ist eine Standardisierung der Abfrage in der Leitstelle. Die Kassenärztliche

Bundesvereinigung hat sich entschieden, zusammen mit dem aQua (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) ein in der Schweiz genutztes telefonisches Ersteinschätzungssystem für Leitstellen für Deutschland unter dem Namen SmED weiterzuentwickeln (<https://bit.ly/2RUzWFq>). SmED ermöglicht es, in der Leitstelle mittels elektronischem Fragebogen Patienten nach ihrer Dringlichkeit einzuschätzen. Das System ist aber derzeit nicht geeignet für Notaufnahmen oder die sog. gemeinsamen Tresen, da es die Dringlichkeit der Patienten nicht differenziert angibt und vor allem nicht für eine solche Anwendung validiert ist. Hierfür sind die etablierten validierten Ersteinschätzungssysteme sinnvoller, z.B. das MTS Manchester Triage System, welches zumindest in Berliner Notfallkrankenhäusern flächendeckend eingesetzt wird.

Organisation von Notfallzentren an Krankenhäusern: Ich bin der Ansicht, dass eine Disponierung von Patienten von der KV-Leitstelle aus direkt in Praxen möglich sein muss, wie dies auch das SVR-Gutachten vorgeschlagen hat. Wenn Sie an Berlin denken und Sie identifizieren in der KV-Leitstelle einen Patienten, der selbständig in die Praxis gehen kann, der kein dringender Notfall ist, dann müssen sie diesem Patienten sagen können, wohin er sich wenden muss. Sonst werden zumindest in Berlin die Patienten nach wie vor in die Notaufnahmen gehen. Gut wäre auch, wenn die im SVR-Gutachten vorgeschlagene Disposition von Palliativmedizin und vor allen Dingen von Pflege durch die KV-Leitstelle umgesetzt würde. Keines der Konzepte sieht zum Glück eine Restriktion des Zugangs vor, wie es jetzt zum Beispiel die KV Hessen in Form einer Zuzahlung von Patienten, wenn sie in Notaufnahmen gehen, vorgeschlagen hat.

Alle Konzepte sind sich einig, dass man eine Anlaufstelle im Notfall benötigt, welche am Krankenhaus angesiedelt ist. Sog. Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen hier eine sektorenübergreifende Notfallversorgung leisten. Allerdings fehlt im SVR-Gutachten eine genaue Definition eines INZ: Welche Aufgaben sollen geleistet werden, wie soll ein INZ ausgestattet sein, wer hat welche Kompetenzen etc.? Das SVR-Gutachten plädiert für eine sektorenübergreifende Planung der Notfallversorgung aus einer Hand, die regional auf Landesebene geplant wird. Kriterien der Planung von INZ sollen dabei die räumliche Abdeckung, die Strukturqualität und die Fallzahl sein. Und ich denke, dass diese Kriterien auch die geeigneten Kriterien sind, um solche Zentren zu planen. Das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung hat im Auftrag der KBV ein Gutachten zur Planung von INZ-Standorten verfasst (Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, <http://>

hdl.handle.net/10419/180218). Als primäres Kriterium wurde hier eine Erreichbarkeit von dreißig PKW-Minuten gewählt. Danach würden in Deutschland 736 INZs benötigt bzw. bei Splittung großer Zentren insgesamt 751 INZ. Allerdings würden hierdurch in Ballungsräumen Megazentren entstehen, die aus meiner Sicht viel zu groß sind. Zudem berücksichtigt diese Simulation nicht die Strukturqualität der Krankenhäuser, die aber von zentraler Bedeutung ist. Primär sollten Krankenhäuser der Maximalversorgung teilnehmen, gefolgt von Krankenhäusern mit geeignetem Fachabteilungsspektrum für eine fachspezifische Notfallversorgung. In Krankenhäusern der Grundversorgung müsste telemedizinische Expertise vorgehalten werden. Notwendig ist in diesem Zusammenhang auch die Festsetzung von Qualitätsanforderungen im personellen Bereich nicht nur des stationären, sondern auch des ambulanten Sektors.

Neugestaltung der Finanzierung: Sowohl der Sachverständigenrat als auch die Länder waren sich einig, dass es ein gemeinsames Budget für alle Notfälle geben und dass das INZ finanziell und organisatorisch eigenständig sein muss. Der Sachverständigenrat schlägt vor, dass es Vorhaltekosten und Fallpauschalen gibt, die aber nicht nach Fallschwere abgestuft sind. Dies würde eine begleitende Qualitätssicherung dringend erforderlich machen, damit es nicht zu einer Unterdiagnostik kommt. Bereits im Koalitionsvertrag wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankengesellschaften und kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung erwähnt.

Die AG Krankenhauswesen der AOLG wird sich dem Thema Notfallversorgung noch einmal annehmen. Zu den vorgeschlagenen Konzepten werden wir Positionen erarbeiten und versuchen, Ideen in die Gesetzgebung mit einzubringen. Deshalb bin ich sehr froh, dass wir heute diese Zukunftswerkstatt haben, weil nämlich ähnlich wie in 2015 die Ergebnisse Einfluss auf das Konzept der Länder haben können.

5.2 Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg: Erste Erkenntnisse aus dem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt

Dr. Martin Albrecht, IGES Institut



Ich möchte Ihnen aus der laufenden Arbeit unseres vom Innovationsfonds geförderten Projekts zur Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg berichten. Wir beginnen mit einer systematischen sektorenübergreifenden Bestandsaufnahme und Bewertung der Notfall- und Akutversorgung als Grundlage für eine sich anschließende Konzept- und Maßnahmenentwicklung zur Verbesserung der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg. Die Fragestellungen beziehen sich sowohl auf die Angebots- als auch auf die Nachfrageseite. Im zweiten Schritt wird die tatsächliche Inanspruchnahme der eruierten Kapazitäten analysiert. Unser Fokus liegt hier ganz besonders auf den regionalen Unterschieden in Brandenburg.

Methodisch gehen wir so vor, dass wir verschiedene Datenquellen nutzen: Die Daten zum Geschehen im Rettungsdienst basieren insbesondere auf den Daten des Ministeriums des Inneren und für Kommunales in Brandenburg. Zu den Erreichbarkeiten konnten wir auf Auswertungen der Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg zurückgreifen. Für die stationäre Versorgung nutzen wir Daten des Forschungsdatenzentrums des Statistischen Bundesamtes, für die ambulante Notfallversorgung Daten der KV Brandenburg und ggf. der Krankenkassen. Darüber hinaus führen wir eigene Datenerhebungen in Form von Befragungen (Bevölkerung, Patienten, Einrichtungen) durch. Die Erhebungen laufen z.T. noch oder sind gerade abgeschlossen, Ergebnisse liegen deshalb zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

Kommen wir zu einigen bereits vorliegenden Ergebnissen: Mit dem vorhandenen Netz von Rettungswachen können

97 Prozent der Bevölkerung in maximal 15 Minuten Fahrtzeit erreicht werden. Grundsätzlich ist die Erreichbarkeit also gegeben, aber wir beobachten eine starke Zunahme der Einsätze der Notfallrettung. Gleichzeitig sinkt aber die Zahl der Einsätze der Krankentransporte bzw. verharrt in den letzten Jahren auf niedrigerem Niveau. Die Einsätze mit einem Notarzt wiederum sind deutlich schwächer gestiegen. Ein zunehmendes Krankheitsgeschehen ist für diese Entwicklung ebenso wenig eine befriedigende Erklärung wie eine sich verändernde Altersstruktur. Ein möglicher Diskussionspunkt ist die inadäquate Inanspruchnahme von Einsätzen der Notfallrettung, welche u.a. auch mit Fehlanreizen aus dem Finanzierungssystem zu tun hat. Wir sehen auch, dass sich die Bedingungen für die Rekrutierung von Notärzten geändert hat: der Anteil der angestellten Ärzte hat abgenommen, während z.B. die Bedeutung sog. Notarztbörsen zugenommen hat. Dabei zeigen sich z.T. deutliche regionale Unterschiede.

Bezogen auf die stationäre Notfallversorgung zeigen unsere Analysen, dass 63% der Einwohner eine stationäre Notaufnahme innerhalb von 15min erreichen können.

Im Jahr 2015 hat es an Brandenburger Krankenhäusern fast 251.000 Krankenhausfälle mit Aufnahmearbeit Notfall gegeben. Die Bewohner Brandenburgs hatten insgesamt knapp 279.000 Krankenhausfälle mit Aufnahmearbeit Notfall. Knapp die Hälfte aller Krankenhausfälle von Brandenburgern in Brandenburger Krankenhäusern waren Krankenhausfälle mit Aufnahmearbeit Notfall. Im Landesdurchschnitt handelte es sich hierbei in knapp der Hälfte der Fälle um ältere Menschen (ab 70 Jahre) und bei ca. elf Prozent um Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre). Es zeigen sich dabei regionale Unterschiede, wobei in einigen Regionen – gemessen an der landesdurchschnittlichen Altersverteilung – überproportional häufig ältere Menschen als Notfälle ins Krankenhaus kamen, in anderen Regionen dagegen überproportional häufig Kinder und Jugendliche. Eine andere Frage ist, ob es Zusammenhänge zwischen Notaufnahmen und der Arztdichte einer Region gibt. In einigen Regionen korrespondiert eine überdurchschnittliche Zahl von Notaufnahmen mit einer unterdurchschnittlichen Arztdichte, aber es zeigen sich auch Gegenbeispiele.

Eine zentrale Diskussion ist die Frage, was ein „echter“ Notfall ist. Zum einen gibt es die in den Krankenhausdaten zu findenden Krankenhausfälle mit Aufnahmearbeit Notfall, die aber nur den Zugangsweg widerspiegeln. Dies entspricht aber nicht zwangsläufig der Definition eines medizinischen Notfalls. Aus diesem Grund haben wir zusätzlich Studien herangezogen, die versucht haben, die Dringlichkeit eines Notfalls anhand weiterer Indikatoren

herauszuarbeiten. Im Ergebnis lassen sich verschiedene Diagnosen als charakteristische Notfalldiagnosen beschreiben, z.B. ein Herzinfarkt. Interessant ist, dass nur knapp 68 Prozent von den Fällen mit dieser Diagnose Herzinfarkt tatsächlich als Notfallaufnahme auch in den Daten dokumentiert wurden.

Eine andere Frage ist, was wird mit den Notfällen im Krankenhaus tatsächlich gemacht, welche Behandlung erhalten sie? Am Beispiel Schlaganfall sehen wir, dass der Anteil der Patienten, bei denen ein CT oder MRT zur diagnostischen Abklärung durchgeführt wurde, in Abhängigkeit vom Alter des Patienten Unterschiede aufweist; ältere Patienten erhielten diese Abklärung seltener. Des Weiteren erhielt nur ein geringer Anteil der Patienten eine systemische Thrombolyse. Die geringen Raten haben wir in Expertenworkshops diskutiert und eine These war, dass Patienten zu spät in die Notaufnahme kommen und bestimmte Maßnahmen deshalb nicht mehr sinnvoll seien.

Zum Schluss ein kurzer Ausblick auf Maßnahmen und Modellansätze. Ein großes Thema ist die Reorganisation des KV-Bereitschaftsdienstes. Hier hat bereits ein Konzeptwechsel stattgefunden hin zur Einrichtung Ärztlicher Bereitschaftspraxen an Klinikstandorten und der Disponierung der „116117“-Anrufe durch die KV-Koordinierungsstelle. Auswertungen in Modellregionen zeigen, dass dieses Konzept funktionieren kann.

Soviel zum aktuellen Stand des Projektes. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

5.3 Was kann die Versorgungsforschung zur Neuorganisation der Notfallversorgung beitragen?

Prof. Dr. Martin Möckel, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Wir haben schon eingangs gehört, dass das Grundproblem die Überfüllung der Notaufnahmen ist. Um eine Lösung für dieses Problem zu finden, müssen wir zuerst einmal wissen, wer genau die Notaufnahmen überfüllt. Diese Fragen untersuchen wir im INDEED-Projekt (<https://bit.ly/2GKBbFf>). Die Ausgangssituation ist zum einen die, dass Notfälle grundsätzlich nicht planbar sind, aber die ökonomische Leistungserbringung im Krankenhaus sehr stark auf planbare Leistungen aufbaut. Zum anderen haben wir das Problem eines sog. „Exit-Blocks“ – Patienten können aufgrund fehlender Bettenkapazitäten nicht stationär aufgenommen werden. Dies ist ein Punkt, der häufig zu kurz kommt. Die Überfüllung der Notaufnahmen hat



zwei Dimensionen: Erstens gibt es zu viele leicht erkrankte Patienten in der Notaufnahme, die in der ambulanten Versorgung besser aufgehoben wären. Diese Fälle machen bis zu 70 Prozent aller Notfälle im Krankenhaus aus. Zweitens gibt es eine nicht unwesentliche Anzahl von Patienten, die in der Notaufnahme von einem ganzen Team intensiv versorgt werden müssen und enorm viel Personal binden.

Grundsätzlich festzustellen ist: Der Patient hat nicht schuld. Wenn der Patient in die Notaufnahme kommt, dann hat er dafür in der Regel einen relevanten Grund. Und dann darf man nicht sagen, das ist ein Bagatelldfall. Selbst wenn die Diagnose am Ende keine schwere Erkrankung ist oder keinen akuten Notfall darstellt. Denn der Unterschied zwischen schwerer Erkrankung und akutem Notfall ist zu beachten. Wir haben viele Patienten, die werden grün oder blau triagiert, haben aber eine Mortalität im ersten Jahr von zehn Prozent. Das heißt, sie haben schwere Erkrankungen, selbst wenn die Behandlungsdringlichkeit bei ihrem Behandlungsanlass nicht innerhalb von zehn Minuten lag.

Die Daten zeigen grundsätzlich, dass wir eine Zunahme der Notfallversorgung an stationären Einrichtungen haben. Hier ist die Frage, welche Fälle bzw. wie viele dieser Fälle könnten – bei richtiger Steuerung – in niedergelassenen Einrichtungen versorgt werden? Dazu gibt es verschiedene Ansätze und eine australische Untersuchung zeigt, dass retrospektiv betrachtet ca. zehn bis 25 Prozent der Patienten als hausärztlich versorgbar eingeschätzt werden. Und dieser Anteil ist auch bei uns relativ stabil. Auch wenn die australischen Verhältnisse nicht auf Deutschland übertragbar sind, zeigen sich die grundsätzlichen Probleme in der Notfallversorgung weltweit.

Betrachtet man die Seite des Patienten, zeigen sich recht klar die Motive, die einen Patienten in die Notaufnahme führen. Ein ganz zentrales Motiv der Patienten ist die gesundheitliche Besorgnis, auch wenn im Ergebnis Arztsicht und Patientensicht weit auseinandergehen können. Weitere Motive sind die Zeitautonomie, die Erwartung einer hö-

herwertigen medizinischen Versorgung oder bestimmter diagnostischer Verfahren. Weitere Gründe sind eine gewisse Substitution spezialärztlicher Versorgung bzw. die Weiterleitung von Hausärzten.

Was machen wir nun im INDEED-Projekt? Wir erheben in 15 bis 20 Notaufnahmen Daten aus der Routine und verknüpfen diese mit den Daten der KV zwei Jahre vor und ein Jahr nach dem Notfallaufenthalt. So zeigen sich wahrscheinlich ganz verschiedene Pfade der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor dem Notfall. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) wertet Vergleichsdaten der Gesamtheit der GKV-Versicherten aus und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) schaut sich Vergleichsdaten zu ambulanter und stationärer Versorgung von AOK-Versicherten an.

Kommen wir zu einigen Herausforderungen, die sich in dem Projekt stellen. Eine besondere Hürde ist der Datenschutz. Wir haben allein ein Jahr gebraucht, um ein positives Datenschutzvotum zusammen mit der TMF zu erarbeiten, welches auch vom Charité-Datenschutzbeauftragten bestätigt worden ist. Wir haben ein differenziertes Konzept zum Datenfluss und Datenmanagement geschrieben, um die einzelnen Daten erheben, pseudonymisieren, weiterleiten und zusammenführen zu können. Problematisch waren auch die heterogenen Datenschutzregelungen der einzelnen Bundesländer. Eine andere große Herausforderung war die Rekrutierung der Notaufnahmen. Dabei waren die Gründe der Notaufnahmen gegen eine Teilnahme am Projekt vielfältig.

Was sind die Ergebnisse, die wir uns von diesem Projekt erhoffen und erwarten? Wir wollen Häufigkeiten und Einflussfaktoren auf die adäquate, inadäquate bzw. vermeidbare Inanspruchnahme von Notaufnahmen gewinnen. Wir wollen die Versorgungsmuster nachzeichnen für bestimmte Patienten, die in der Notaufnahme waren. Wir wollen analysieren: Was vermittelt einen ungünstigen Verlauf? Inwieweit hängen eine leitliniengerechte Versorgung und die Inanspruchnahme der Notaufnahme zusammen? Nicht zuletzt möchten wir uns spezifische Patientengruppen anschauen.

Zusammenfassend betrachtet: Was kann die Versorgungsforschung zur Neuorganisation der Notfallversorgung beitragen? Sie ermöglicht eine genauere Kenntnis der versorgten Patienten, kann so Grundlagen für gezielte Interventionen schaffen, die Patientensicherheit und -zufriedenheit erhöhen und die Grundlage für eine adäquate Steuerung legen. Von zentraler Bedeutung ist die Förderung einer patientenzentrierten Sicht auf der Basis valider Daten. Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

6. Ideen zur Gestaltung der gemeinsamen Sicherstellung der Notfallversorgung

Zwiesgespräch zwischen Andreas Schwark, Vorsitzender der KV Brandenburg, und Dr. Detlef Troppens, stellvertretender Vorsitzender der Brandenburger Krankenhausgesellschaft

Moderation: Elimar Brandt

Elimar Brandt: In den letzten Jahren gab es sehr viele Reformvorhaben im Kontext der Notfallversorgung, die uns immer wieder herausgefordert haben. Was ist der Beitrag der Krankenhäuser im Kontext dieser Reformvorhaben, die schon auf den Weg gebracht wurden oder die vor dem Hintergrund des SVR-Gutachtens diskutiert werden?

Dr. Detlef Troppens: Die Krankenhäuser stellen sich na-



türlich darauf ein, auch die gestufte Notfallversorgung umzusetzen. Der Gesetzgeber vertritt nicht wirklich die Interessen der Krankenhäuser, aber gehen wir mal von den Interessen der Krankenhäuser weg. Fakt ist, dass die Notaufnahmen in den letzten Jahren immer voller geworden sind. Über die Ursachen müssen wir hier nicht mehr reden. Und jetzt passiert Folgendes: Mögliche Lösungsansätze orientierten sich immer am bestehenden Sozialgesetzbuch und damit an der strengen Sektorentrennung. Die KV errichtet Portalpraxen für die sog. „Bagatellfälle“, die schwereren Fälle übernehmen die Krankenhäuser. Dies läuft aber dem in der Notfallversorgung der Krankenhäuser etablierten Triage-System entgegen. Wir haben in Brandenburg neun Portalpraxen, die täglich von 18 bis 20 Uhr, am Wochenende ganztags geöffnet sind. D.h., in der weit überwiegenden Zeit hat doch wieder das Krankenhaus die Aufgabe der Notfallversorgung.

Meine These, mein Vorschlag ist daher: Der Sachverständigenrat fordert Versorgung aus einer Hand. Dies können

die Krankenhäuser, gerne mit Unterstützung der KV, leisten. Aber die Ressourcen, das Geld und Equipment sollten an einer Stelle gebündelt werden. Es macht wenig Sinn, jetzt mühsam neue Strukturen aufbauen zu wollen, statt in die bereits funktionierenden Rettungsstellen KV-Praxen zu implementieren.

Elimar Brandt: Herr Schwark, sind die Portalpraxen die Lösung?

Andreas Schwark: Die KV ist verantwortlich für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung einschließlich der Akutbehandlung. In den letzten Jahren sind Patienten zunehmen lieber in die Rettungsstellen gegangen, anstatt die Bereitschaftsdienste in Anspruch zu nehmen. Deshalb haben wir vor acht Jahren eine Analyse gemacht: Wie sieht es zu Bereitschaftsdienstzeiten aus? In welchen Krankenhäusern passiert was? Wie können wir dem abhelfen? Wir haben zwanzig Krankenhäuser identifiziert, die zu Bereitschaftsdienstzeiten über 1.800 Patienten im Quartal behandelt haben. Mit denen haben wir uns hingesetzt und haben gesagt: Wie können wir euch helfen? Wir haben seit 2012 mit dem Betrieb der Bereitschaftsdienstpraxen zu verschiedenen Zeiten angefangen – in Abhängigkeit des regionalen Bedarfs. Wichtig ist, dass es eine gemeinsame Anmeldung und ein gemeinsames Ersteinschätzungssystem gibt. Wir haben uns auch gefragt: Welche Patienten sollen eigentlich wohin – wer muss von wem versorgt werden?

Die Evaluation zeigt, dass die Patienten mit dem System zufrieden sind. Es wird auch eine Evaluation auf Arzteebene stattfinden. Bisher zeigen die Ergebnisse, dass wir in den Zeiten, in der die Bereitschaftspraxis offen ist, die Rettungsstelle um dreißig bis vierzig Prozent entlasten können.

Lassen Sie mich zum Schluss noch etwas Wichtiges sagen: Das Wichtigste an unserem System ist die Vorabinformation und Beratung der Patienten. Über die Telefonnr. 116117 ist es uns möglich, die Patienten mit einer Checkliste zu beraten und in das System zu steuern. Wir haben festgestellt, dass nur zwölf Prozent der Menschen, die diese Nummer wählen, potenzielle Notfallpatienten sind, die an die Integrierten Rettungsleitstellen weitergeleitet werden. 30 Prozent benötigen nur eine Beratung, fünfzig Prozent können einen Arzt zu den regulären Sprechzeiten (ggf. des Bereitschaftsdienstes) aufsuchen. Insofern bin ich der Meinung, dass die Portalpraxis ein sehr gutes Konzept ist. Wir sind auf dem richtigen Weg und das Ziel ist es, bis 2020 zwanzig Bereitschaftspraxen im Land Brandenburg zu haben. Damit können wir im Umkreis von zwanzig Kilometern ca. 90 bis 95 Prozent der Bevölkerung erreichen.

Dr. Detlef Troppens: Ich bin an einer Stelle nicht so ganz weit weg von Ihnen – bzgl. der Verantwortung der KV für die ambulanten Patienten. Insoweit finde ich es wirklich sehr richtig und wichtig, dass die Beratungsfunktion und die Selektion wissenschaftlich fundiert erfolgt. Wenn dies über die Telefonnr. 116117 funktioniert, dann werden Rettungsstellen deutlich weniger frequentiert. Aber ich hinterfrage, ob der Aufwand, im Rahmen der Portalpraxen zwei getrennte Tresen oder einen Tresen und zwei getrennte Sprechzimmer parallel zu fahren, volkswirtschaftlich sinnvoll ist.

Elimar Brandt: Gibt es denn schon eine gemeinsame Dringlichkeitseinschätzung bzw. gemeinsame Strukturen zwischen KV und Krankenhäusern in Brandenburg?

Dr. Detlef Troppens: Nicht in dem Sinne, wie das die Krankenhäuser bisher betrieben haben. Das heißt, ein wissenschaftliches Triage-System gibt es de facto nicht.

Andreas Schwark: Die Evaluation unserer Bereitschaftspraxen zeigt, dass die Wartezeit zehn bis zwanzig Minuten für Patienten beträgt, am Wochenende vielleicht eine halbe Stunde. Das heißt, dass alle Patienten, die nach der Manchester-Triage auf eine bis eineinhalb Stunden eingestuft werden, bereits in der Bereitschaftspraxis behandelt werden können. Mit den Krankenhäusern, in denen wir eine Bereitschaftspraxis haben, haben wir ein Ersteinschätzungssystem: Welcher Patient, welches Symptom oder welche mögliche Diagnose ist primär für die Bereitschaftspraxis geeignet, welcher Patient benötigt die Kompetenz der Rettungsstelle?

Ich bin froh darüber, dass das Zentralinstitut der KBV zusammen mit dem Verband der Notfallmediziner das SmED-System, das strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren aus der Schweiz, für Deutschland anpassen will (<https://www.zi.de/projekte/smed/>).

Simone Beutel: Wir haben in der Rettungsstelle Rüdersdorf schon sehr lange eine KV-Praxis und möchten sie auf keinen Fall missen. Wir behandeln viel mehr ambulante Patienten als stationäre Patienten. Insofern sind wir fast schon ein Teil der KV. Aber die Zusammenarbeit der Ärzte aus den Bereitschaftspraxen und der Rettungsstelle könnte effektiver laufen. Außerdem haben wir auch ein räumliches Problem. Ich würde es gut finden, wenn ein KV-Arzt einfach bei uns in der Rettungsstelle mitarbeitet. Das wäre für beide Seiten eine Bereicherung und die Finanzierung ist ja durch KV und Krankenhaus bereits da.

Andreas Schwark: Bestimmte Dinge, die Sie angeregt haben, werden gerade von der KV in Angriff genommen, z.B. die Erhebung von Laborparametern. Auch aus dem StimMT-Projekt des Innovationsfonds des G-BA in Tempelin (<https://igib-stimmt.de/>) kommen Anregungen. Wir sind

offen und wollen alle Chefärzte der Krankenhäuser einladen, in denen wir eine Bereitschaftspraxis haben, diese Dinge zu diskutieren. Darüber hinaus ist die Politik gefordert, für die Patienten, die einen halben oder ganzen Tag lang einer intensiven Versorgung bedürfen und dann wieder nach Hause können, eine auskömmliche Finanzierung bereitzustellen. Diese Fälle sind bisher nicht ausreichend finanztechnisch abgebildet.

Frau Meyer: Wenn ich die Zahlen richtig verstehe, werden derzeit ca. 5.000 Patienten über die Portalpraxen versorgt im Vergleich zu knapp einer viertel Million Patienten in den Rettungsstellen. Diese Zahlen zeigen schon mal die Unwichtigkeit der Portalpraxen.

Andreas Schwark: In Brandenburg ist die Welt ein bisschen anders, als sie vorhin dargestellt wurde. Wir haben eine Analyse der 48 Krankenhäuser durchgeführt. Nur 20 Krankenhäuser haben in den Sprechstundenzeiten zehn oder mehr Patienten. Die anderen Patienten kommen in den Bereitschaftsdienst. Deshalb denken wir, wir benötigen ein System ähnlich wie Hessen, welches den Patienten durch das System steuert. Wichtig ist auch die Frage zu klären, welche Ursachen die Mehrbelastung der Rettungsstellen hat. Wir benötigen eine Entlastung der Rettungsstellen und ein stärkeres Miteinander.

Dr. Detlef Troppens: Die vorhin genannten Zahlen sind reine Krankenhausabrechnungsdaten. Das sind auch die Patienten, die von den Niedergelassenen ins Krankenhaus geschickt werden ohne spezifischen (Notfall-)Grund. Deswegen muss man die Aussage, dass jeder zweite Patient aus einer Rettungsstelle stationär aufgenommen wird, relativieren. Ich sage an dieser Stelle, die Krankenhäuser werden für die Notfallversorgung, auch für die ambulante, fit gemacht und arbeiten mit der KV ganz eng zusammen im Vorfeld, auch während der Behandlung, indem Termine verteilt werden können etc. Das wäre für mich der richtige Weg, nicht aber die Parallelstrukturen. Mir erschließt sich diese künstliche Trennung nicht. Dass ich nicht falsch verstanden werde, ohne KV kann man die ambulante Behandlung als Krankenhaus nicht machen, aber dies müsste auf einer anderen Ebene erfolgen.

Dr. Martin Albrecht: Eine kurze Zwischenbemerkung: Die Zahl von 5.000, die ich gezeigt habe für die Vermittlung über die Telefonnr. 116117 bezieht sich nur auf eine Pilotregion. Ob die Belastung der Notaufnahmen oder der Rettungsstellen in Krankenhäusern zugenommen hat, können wir anhand unserer Daten nicht sagen.

7. Podiumsdiskussion

Teilnehmende:

Prof. Dr. Martin Möckel, Charité-Universitätsmedizin

Dr. Burkhard Ruppert, Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Andreas Schwark, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Dr. Detlef Troppens, Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg

Marc Schreiner, Berliner Landeskrankenhausgesellschaft

Dr. Sabine Richard, AOK-Bundesverband

Dr. Timo Schöpke, Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde

Elimar Brandt: Jetzt bitte ich die anderen dazu zu kommen, damit wir die Podiumsdiskussion eröffnen können. Ich finde es schön, dass ich gar keine Fragen stellen muss, sondern bereits jetzt so viele Anmerkungen, Beiträge, Fragen von Ihnen kommen.



Publikumsbeitrag: Wenn es um die Frage geht, wie die Notaufnahme entlastet werden kann, dann muss auf jeden Fall klar sein, dass die Menschen, die die Telefonnr. 116117 anrufen, nicht dieselben sind, die in die Notaufnahme gehen. Das heißt, die erste Intervention müsste sein, die Patienten, die jetzt in die Notaufnahme gehen, dazu zu bringen, anzurufen. Ob dies allerdings gelingt, bezweifle ich.

Dr. Benno Bretag: Ich habe an der Entscheidungsliste mitgearbeitet und diese orientiert sich ganz pragmatisch am einzelnen Symptom des Patienten. Wir haben noch keinen Patienten deswegen verloren in den eineinhalb Jahren. Es war nicht einfach, die nötigen, auch räumlichen Kapazitäten im Krankenhaus zu bekommen. Aber es hat sich gelohnt, denn wir haben festgestellt, dass der Arzt der

KV in derselben Zeit mehr Patienten behandelt als ein Assistenzarzt in der Notaufnahme. Das weiß jeder, der mit Assistenzärzten zusammenarbeitet, denn die Entscheidungswege im Krankenhaus sind deutlich länger als die eines niedergelassenen Facharztes. Ich fände es gut, wenn wir dort auch selbst Labor, Röntgen etc. machen könnten, wenn die Expertise vorhanden ist. Es gibt aber auch z.T. erhebliche Unterschiede in der Qualifikation und der Eignung der Ärzte des Bereitschaftsdienstes der KV.

Elimar Brandt: Danke. Kommen wir mal zur Situation in Berlin. Im Tagesspiegel vom 2. November habe ich gelesen, dass 70 Prozent der Patienten in der Notaufnahme keine Notfälle sind. Hierzu heißt es in einem Absatz: „Kliniken, Senat und Kassenärzte stritten darüber, wer die weniger akut Erkrankten, zuweilen bloß larmoyanten Berliner nun zu versorgen habe“. Im Tagesspiegel heißt es "stritten" – bedeutet das, ihr streitet jetzt nicht mehr darüber?

Mark Schreiner: Wir, die Berliner Krankenhäuser, sind um die Versorgung der Patienten bemüht. Wir nehmen den Versorgungsauftrag an, der durch den Patienten durch den Weg in die Rettungsstelle gewählt wird. Aber tatsächlich sehen wir auch, dass ein Großteil der Patienten nicht stationär behandlungsbedürftig ist und aus unserer Sicht durchaus in der niedergelassenen Struktur gut versorgt werden könnte. Wir möchten deshalb gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten erreichen, dass die Rettungsstellen der Krankenhäuser entlastet werden. Wir sehen hier gerade auf Landesebene Möglichkeiten des Miteinanders, z.B. im Rahmen des 90a-Gremiums. Darüber hinaus sind die Berliner Krankenhäuser gerade auf dem Weg herauszufinden, welche Bedarfe wir tatsächlich haben. Für uns ist es schwer vorstellbar, dass wir an allen 39 Rettungsstellen eine Notdienstpraxis der KV einrichten. Hier werden wir mit der KV gemeinsam prüfen, welche Zahl ausreichend wäre. Wie Herr Dr. Troppens schon sagte, es ist aufwendig, diese neue Parallelstruktur an den Rettungsstellen der Krankenhäuser zu etablieren. Im Rahmen der Zukunftswerkstatt können wir vielleicht auch ein bisschen darüber nachdenken, welche neuen, anderen Versorgungsmöglichkeiten es gibt – Stichwort: Aufhebung des Fernbehandlungsverbots. So könnten z.B. patientenbezogene Vitaldaten bereits im Vorfeld übertragen und auf dieser Grundlage eine erste Triage vorgenommen werden.

Elimar Brandt: Herr Dr. Ruppert, wieviele KV-Praxen braucht es Ihrer Meinung nach im Berliner Kontext?

Dr. Burkhard Ruppert: Lassen Sie mich noch mal ganz kurz auf den Punkt eingehen, dass wir gestritten haben. Interessant für die anderen ist dann: Warum streiten die denn? In der Vergangenheit haben wir wirklich gestritten, weil wir in Berlin extrem unsinnige Strukturen aufrechterhalten haben im Bereich Notdienst. Herr Schreiner hat erwähnt, dass wir 39 Kliniken haben, die Rettungsstellen aufmachen. Warum ist das so? Und warum haben wir ei-

nen fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst, der 24/7 mit bis zu 26 Autos durch diese Stadt fährt und jeden – ohne vorherige Prüfung bzw. Abklärung – zu Hause aufsucht, der sagt, ich brauche mal jemanden? Warum haben wir immer noch keine richtige Leitstelle, die in der Lage ist, Patienten in die Lage zu versetzen, eine Entscheidung für den richtigen Weg in die medizinische Versorgung zu treffen? Lassen Sie mich daher ansetzen beim Thema Leitstelle. Entscheidend ist für uns, die Patienten richtig zu informieren und zu beraten, um sie in die richtige medizinische Versorgung zu lenken. Für eine nicht geringe Zahl von Patienten bedeutet dies, dass es mit diesem Anruf in der Leitstelle auch getan ist. Wir haben hier in Berlin die Erfahrung gemacht, dass von den 40.000 im Jahr 2017 geführten Beratungsgesprächen 30.000 keine weitere ärztliche Versorgung mehr benötigt haben. Das Erste, was wir gemacht haben, ist die Ausweitung der Zeiten der Beratungsärzte in der Berliner Leitstelle und sie wird ab Februar noch weiter ausgeweitet: täglich von 8 Uhr morgens bis Mitternacht. Wir sind der Meinung, dass wir dadurch in relativ kurzer Zeit schon einen Effekt sehen werden. Im 90a-Gremium haben wir angefangen, ein sog. Interessenbekundungsverfahren auszurollen. Wir haben alle 39 Kliniken in Berlin bzgl. einer Zusammenarbeit angeschrieben. Wir sind bemüht, eine möglichst große Transparenz herzustellen in dem Verfahren. Wir orientieren uns dabei an internationalen Zahlen für Stadtstaaten oder für Metropolregionen. Dort geht man davon aus, dass eine Notdienstpraxis pro 400.000 Einwohner benötigt wird. Dann käme man für Berlin auf eine Zahl zwischen sieben und acht. Zurzeit haben wir zwei Notdienstpraxen im allgemeinen Bereich und vier im pädiatrischen Bereich.

Elimar Brandt: Frau Dr. Richard, wir haben bisher die Kassen noch nicht im Blick gehabt. Welche Rolle spielen eigentlich die Kassen in diesem Prozess der Veränderung in der Notfallversorgung?

Frau Dr. Sabine Richard: Bei dem, was ich gehört habe, denken wir tatsächlich noch sehr in den Sektorgrenzen. Ich bin der Meinung, die Notfallversorgung ist eine große Chance für eine sektorenunabhängige Versorgung. Die Kassen sehen sich hier durchaus als Player, konkret bei der Frage: Wo soll diese sektorenübergreifende Notfallversorgung stattfinden? Wir haben in beiden Sektoren Ansätze, auf denen man aufbauen kann. Das Konzept des Sachverständigenrates orientiert sich grundsätzlich nicht an Sektoren, sondern an der Patientenperspektive. In diesem Kontext gibt es viele Aspekte, die eine Rolle spielen. So sehen wir z.B. ein großes Defizit bei der Bekanntheit der Nummer 116117. Wir wollen uns auch in der Frage engagieren: Wo werden Notfallstrukturen angesiedelt? Ich denke, hierfür braucht es auf Landesebene Gremien, die mit einer gewissen Verbindlichkeit sektorübergreifend funktionieren und arbeiten, die gemeinsam mit dem Land Entscheidungen treffen. Wir als Kassen beanspruchen für uns eine relativ große Rolle, weil wir wollen, dass unsere Versicherten gut erreichbare Strukturen vorfinden.

Elimar Brandt: Lieber Herr Dr. Schöpke, wie erlebst du als engagierter Notfallmediziner die „normale Praxis“? Was passiert in der Klinik, für die du verantwortlich bist und was wünschst du dir im Blick auf die Veränderung der Notfallversorgung?

Dr. Timo Schöpke: Ich wünsche mir in erster Linie, dass wir genau über dieses Thema sprechen und damit haben wir das erste Ziel am heutigen Tage schon erreicht, als Wiederauflage der Zukunftswerkstatt von 2015. Von diesen Gesprächsrunden dürfte es mehr geben. Was ich mir aber auch wünsche, und das darf gerne als Appell verstanden werden, ist, dass, wenn wir über Innovation sprechen, wir nicht immer rückblickend in dem harten, festen ordnungspolitischen Rahmen bleiben, der eben zu dieser Situation geführt hat, in der wir heute stecken. Stattdessen müssen wir uns an innovativen Konzepten orientieren. Für uns in Eberswalde macht es z.B. keinen Sinn, dass ein international validiertes Triage-System, das wir dort verwenden, nicht auch in den Öffnungszeiten der KV-Bereitschaftspraxis angewendet wird. Gleichsam sehe ich die Haltung der Kassen, das Thema Finanzierung nicht klar zu adressieren, kritisch. Es ist bekannt, dass gerade bei der ambulanten Versorgung nur 20 Prozent der Ressourcen, die wir dort aufwenden müssen, refinanziert werden. Gerade an diesem Punkt muss konstruktiv im Rahmen von Pilotversuchen gearbeitet werden.

Dr. Burkhard Ruppert: Um diesem Problem der Erstein-schätzung etwas näher zu kommen, müssen wir uns klar werden, dass wir hier über verschiedene Begrifflichkeiten sprechen. Wenn wir aus dem ambulanten Sektor über Erstein-schätzung von Patienten sprechen, dann interessiert uns zunächst nicht die Frage: Wie lange muss dieser Patient warten, bis er einen Arzt sieht? Sondern uns interessiert die Frage: Gehört er zu uns in die ambulante Versorgung oder gehört er zu Ihnen an die Klinik? Was am sog. gemeinsamen Tresen passiert, ist genau das, wofür SmED (<https://www.zi.de/projekte/smed/>) entwickelt wurde. SmED wird am 01.04.2019 eingeführt und mittels dieses Systems sind wir in der Lage, strukturiert, standardisiert und validiert Patienten im ambulanten Sinne ersteinzuschätzen. Das System dient uns in der Einschätzung, ob ein Patient zu uns oder in die Notaufnahme des Krankenhauses gehört. Ist der Patient dann im Krankenhaus, können Sie weiterhin Ihr Triage-System anwenden.

Publikumsbeitrag: Hier möchte ich kurz einhaken, weil das extrem wichtig ist. Innerhalb der ambulanten Patienten gibt es den palliativen Tumorpatienten, der mit einer Schmerzproblematik kommt, der ambulant bleibt und der eine hochgradige Spezialisierung benötigt. Auf der anderen Seite gibt es auch den ambulanten Patienten, der eine kleine Schnittverletzung am Finger hat und ansonsten komplett gesund ist. Beides sind ambulante Patienten, aber benötigen eine ganz andere Leistung. Oder ich habe einen geriatrischen Fall, der eine einfache Durchfallerkrankung hat, aber aufgrund des Allgemeinzustandes und des

Pflegeaufwandes stationär versorgt werden muss. Wir müssen uns die medizinischen Notfalleistungen anschauen und nicht die Zuordnung in ambulant und stationär. Da haben Sie vollkommen recht: Wenn wir die Versorgung vom Patienten aus betrachten, müssen wir uns die Frage stellen, welcher Arzt, welche Leistung ist für diesen Patienten nötig. Und genau diese Leistung kann ich in der einen Region ambulant vorhalten und in der anderen Region stationär oder in der Notaufnahme oder ganz anders.

Ursula Helms: Ich glaube, ich habe noch nie so häufig das Wort Patientenorientierung gehört wie heute in dieser Veranstaltung. Unglücklicherweise passiert das aber nicht in der Frage, was braucht der Patient, sondern in der Frage: Gehört der Patient uns oder gehört er euch? Ich glaube, wenn wir uns über die Frage Notfallversorgung 2.0 unterhalten, müssen wir uns alle im Klaren sein, dass wir an vielen Stellen tatsächlich gesetzliche Änderungen, nicht nur im SGB V, benötigen. Wenn wir das Thema vom Patienten her diskutieren, muss uns klar sein, dass wir sehr wenig über die Patienten wissen. Vorhin wurde gesagt, dass viele Patienten, die die Nr. 116117 anrufen, nicht mehr zum Arzt gehen. Aber woher wissen wir das? Diese Daten haben wir nicht. Die Grundfrage lautet also: Welche Patienten gibt es, die Akut- und Notfallversorgung benötigen und was müssen wir für sie bereitstellen?

Dr. Brigitte Wrede: Ja Frau Helms, Sie haben mir aus der Seele geredet, ich sehe das ganz genauso. Ich bin ebenfalls der Meinung, dass wir gesetzliche Änderungen benötigen. Wir reden international über die Professionalisierung der Notfallversorgung und in Deutschland bewegen wir uns aufgrund der beiden Sektoren rückwärts. Wenn wir mit Symptomlisten arbeiten, um als Erstes zu entscheiden, in welche Versorgungsstruktur der Patient gehört, dann frage ich mich, sind diese Listen validiert? Ich halte es nicht für den richtigen Weg, Instrumente in Rettungsstellen zu nutzen, die noch nicht wissenschaftlich begleitet und bewertet wurden. Ich finde es gut, dass KV und Notaufnahmen enger zusammenarbeiten, aber wir müssen diese Prozesse langsam entwickeln, damit die Patientensicherheit an erster Stelle steht.

Christiane Bürger: Ich bin in der KV Berlin in der Bereitschaftsdienstkommission tätig und auch als Beratungsärztin in der Leitstelle. Unsere Leitstelle, die ab 01.11.2018 von 8 Uhr bis 24 Uhr besetzt sein wird, wird gut angenommen. Wir können die Patienten relativ gut leiten und sie müssen in etwa zwei Stunden warten. Ich finde, dies ist wirklich eine einmalige Geschichte, die wir hier in Berlin auf die Füße gestellt haben. Die Nummer 116117 ist schon gut bekannt, auch wenn man sie noch mehr bewerben könnte.

Dr. Stefan Poloczek: Ich bin ärztlicher Leiter für den Rettungsdienst im Land Berlin. Ich will noch einen weiteren Aspekt einbringen, der als Ausgangslage sehr wichtig ist. Es besteht Einigkeit, dass die Patientensicherheit an ers-

ter Stelle stehen muss. Es muss aber auch die Sicherheit des Personals gegeben sein. Es macht keinen Sinn, wenn wir einen großen Konsens darüber haben, wie wir besser steuern können, wenn die Rechtslage für den Einzelnen nicht geklärt ist. Das Strafrechtsverfahren wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen und die Haftungsansprüche betreffen immer den Einzelnen. Im Einsatzdienst ist das eine starke Belastung. Wir haben vor vielen Jahren in der Leitstelle einen Notarztwagen nicht geschickt und das kostet das Land Berlin jetzt fast eine halbe Million Euro.

Elimar Brandt: Also es gibt viel Stoff zur Diskussion nachher in den Workshops, aber jetzt gibt es noch einmal die Schlussworte.

Prof. Martin Möckel: In der Notaufnahme haben wir viele Patienten und eine Unterfinanzierung der Arbeit, die wir leisten. Die Notfallversorgung wird an der Charité aus dem stationären Sektor querfinanziert. Diese Situation muss eindeutig geändert werden.

Dr. Burkhard Ruppert: Bei der Diskussion um die Ersteinschätzung geht es darum, wie effektiv eine Entscheidung darüber getroffen werden kann, wie der Patient in die für ihn notwendige medizinische Versorgung kommt. So haben wir z.B. an der Charité am letzten Wochenende der Rettungsstelle 67 Prozent der Patienten abgenommen. Diese ambulant zu versorgenden Patienten hatten eine Wartezeit zwischen zehn Minuten und maximal einhalb Stunden. Die Diskussion, die ich eben versuchte zu führen, war der Umstand, dass wir ein unterschiedliches Verständnis in der medizinischen Frage der Ersteinschätzung haben. Hier müssen wir gemeinsam überlegen, wie wir das ändern können.

Andreas Schwark: In unserem System der primären Beratung und der Steuerung der Patienten über die Nummer 116117 steht der Patient im Mittelpunkt. Die Kollegen, die in der Bereitschaftsdienstpraxis tätig sind, sind zu 86 Prozent in Brandenburg niedergelassene Brandenburger Ärzte. Die arbeiten nicht als Ausbildungsassistent am Krankenhaus, wo das Krankenhaus nachher die Verantwortung übernimmt, sondern die übernehmen selbst die Verantwortung. Unser System ist kein „Entweder-Oder“, sondern arbeitet als abgestuftes System, wo man auch miteinander im Interesse der Patienten arbeiten kann. Unsere bisherige Evaluation ist positiv und wir denken, wir sind auf dem richtigen Weg.

Dr. Detlef Troppens: Wir unterhalten uns heute über die Notfallversorgung 2.0. Unter der Notfallversorgung 3.0 stelle ich mir etwas ganz Einfaches vor, nämlich aus einer Hand. Aus einer Hand heißt, gekoppelt mit dem System der gestuften Notfallversorgung an ausgewählten Häusern. Es geht natürlich nicht ohne die KV. Grundsätzlich braucht es eine gesetzliche Änderung ebenso wie eine finanzielle Änderung – von der Versorgung her gedacht. Vielleicht könnte man damit beginnen, die Finanzierung durch beide Sektoren gemeinsam zu tragen.

Marc Schreiner: Das Thema Notfallversorgung ambulanter Patienten ist auch ein emotionales Thema. Fakt ist, dass der Patient vorgibt, wie die Diskussion zu führen ist. Den Patienten, der trotz aller Aufklärung und Vortriagierung in die Rettungsstelle geht, können sie nicht zurückschicken. Deswegen benötigen wir eine Organisation, die diese faktischen Bedarfe adaptiert. Was darüber hinaus geleistet werden muss, ist die gesetzliche Anpassung der Finanzierung. Dies muss auf der Bundesebene passieren, aber vielleicht gibt es hier aus unserer heutigen Zukunftswerkstatt heraus auch Impulse für die Ministerien.

Dr. Sabine Richard: Für uns ist das Thema nach wie vor ein sektorübergreifendes Thema, das auch sektorübergreifend angegangen werden muss. Und ich glaube, das ist auch eine Chance für die Diskussion heute in der Zukunftswerkstatt. Es ist notwendig, zu einer einheitlichen, auch eigens entwickelten Vorgehensweise zu kommen. Hier gilt es, auch die Unschärfen, die sich in der Diskussion gerade zeigen, zu klären. Das sektorenunabhängige Arbeiten ist tatsächlich „ein dickes Brett“. Deshalb finde ich den Vorschlag des Sachverständigenrates, die Notfallversorgung in die Hand zweier Träger zu geben, nicht uncharmant. Ich glaube, wir brauchen eine sehr grundsätzliche Diskussion über Arbeitsweisen und Organisationsformen. Letztendlich darf es nicht darum gehen, einen neuen dritten Sektor zu etablieren.

Dr. Timo Schöpke: Ich möchte nicht allzu kritisch gegenüber der KV sein, im Gegenteil. Ich möchte aber auch darauf hinweisen, dass im Bundesgebiet bereits an jedem zweiten Krankenhaus eine solche Kooperationspraxis besteht. Und sowohl in Berlin als auch in Brandenburg ist es momentan noch jedes fünfte Krankenhaus. Deswegen kann man wohl nicht allzu viel Lob verteilen, sondern hier gibt es Nachholbedarf. Ich würde mich freuen, wenn diese Gesprächskreise auch auf regionaler Ebene, zur regionalen Anpassung der Versorgung unter einem gesamten politischen Rahmen stattfänden. Man kann dann auch regional vergleichen, welche Konzepte gut laufen, wie empathisch eine Region hinsichtlich ihrer Patienten ist. Vielleicht wäre das eine Idee an die Politik, so etwas für die nächsten Jahre zu institutionalisieren, dann kämen wir sicherlich schneller an das Ziel, das uns hier antreibt – die gute Versorgung des Patienten.

Elimar Brandt: Herzlichen Dank. Es war eine tolle Runde. Bei aller Verschiedenartigkeit merkt man, dass es Ihnen allen darum geht, die besten Wege für die Menschen zu finden. Aber unsere Diskussion wäre nicht vollständig, wenn wir nicht noch die Stimme der Patienten selbst hören würden.

8. Impuls aus Patientensicht

Karin Stötzner, Patientenbeauftragte für Berlin

Ich freue mich, vor Ihnen in zwei Rollen sprechen zu können: als Patientenbeauftragte des Landes Berlin und als Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Ich gehe von der Situation in Berlin aus: Patienten, die in Berlin einen medizinischen Notfall für sich wahrnehmen, finden ein flächendeckendes Versorgungssystem in Kliniken mit Rettungsstellen auf sehr hohem Niveau. Als Patientenvertretung haben wir uns auf Bundesebene dafür eingesetzt, ein gestuftes System für die Notfallversorgung einzuführen, das sich sehr eng an den Modellvorgaben in Berlin anlehnt. Nun wünschen wir uns, dass die Bundespolitik auch noch den vom Sachverständigenrat vorgegeben Weg zu Integrierten Notfallversorgungszentren (INZ) mit Qualitätsvorgaben für die Qualifizierung, für die Strukturqualität und eine begleitende Qualitätssicherung mitgeht.

Es wurde heute schon ausführlich beschrieben, dass es geänderte Versorgungserwartungen der Patienten gibt, für die die Rettungsstellen einen Teil der Versorgungsverantwortung übernehmen. Diesen Patientenerwartungen muss das System in irgendeiner Weise entsprechen, denn die subjektive Wahrnehmung des Patienten, dass er sich in einem medizinischen Notfall befindet, bleibt das Entscheidende. Und manche Patienten, z.B. ausländischer Herkunft, wissen nicht, wie das System der (Notfall-) Versorgung in Deutschland strukturiert ist und gehen deswegen in die Klinik. Nicht zuletzt gibt es ein großes Versagen in der ambulanten Versorgung (z.B. zu seltene oder unklare Öffnungszeiten), welches die Menschen in die Rettungsstellen der Kliniken führt. Hier sehe ich die KVen in einer großen Vermittlungsverantwortung.

Die von Herrn Dr. Albrecht gezeigte Entwicklung, dass die Krankentransporte zurückgehen und die Fahrten durch die Feuerwehr gravierend zunehmen, diese Erfahrung mache ich auch. Krankentransporte übernehmen viele Leistungen nicht mehr, weswegen die Feuerwehr gerufen wird, die wiederum nur die Kliniken anfahren darf. Es gibt also noch auf anderen Gebieten ein Versagen im ambulanten Bereich. Zum Beispiel wurden auch die Kinderärzte in den letzten Jahren stark durch Vorgaben belastet, was in Berlin dazu geführt hat, dass viele Kinderarztpraxen keine neuen Patienten mehr annehmen. Die Folge davon ist, dass Eltern mit ihren Kindern auch zu regulären Praxisöffnungszeiten mit ihren Kindern in die Rettungsstellen der Kliniken gehen. Hier muss sich etwas ändern.

Wir benötigen Integrierte Notfallzentren, in denen der ambulante Versorgungsteil integriert in das klinische Ret-

tungssystem ist. Wichtig ist hier, dass die notwendige Qualifikation sichergestellt wird. Ich habe in den Diskussionen gelernt, dass eben nicht jeder Arzt per se die notwendigen Kompetenzen hat. Deshalb benötigen wir eine eigene Instanz von gut ausgebildeten Rettungsmedizinern. Dies ist glücklicherweise bereits auf dem Weg. Wir benötigen aber auch gut ausgebildete Rettungspflegekräfte, die sich in ihrem Handeln auf validierte Einschätzungssysteme stützen.

Portalpraxen halte ich für keinen guten Weg, denn sie zeigen ein Verharren im Streit der beiden Sektoren. Stattdessen sollten die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser zu Integrierten Notfallzentren ausgebaut und entsprechend finanziert werden. Die Erreichbarkeit von ambulant tätigen Ärzten muss durch ein Bündel von Maßnahmen ausgeweitet werden.

Ein wichtiger Punkt ist außerdem die medizinische Versorgung in Pflegeheimen, denn die Patienten, die in die Rettungsstellen der Kliniken kommen, sind zu einem nicht unerheblichen Teil Menschen aus Pflegeeinrichtungen. Diese haben oft nicht genug Ressourcen, bringen ihre Bewohner deshalb in die Kliniken und von dort kommen diese wieder zurück in die Pflegeeinrichtung. Es reicht also nicht, nur INZ zu etablieren, es müssen sich auch Kontextfaktoren ändern.

Mein letzter Punkt: Ich finde aus der Patientensicht richtig, dass wir in Berlin beide Telefonnummern 116117 sowie 112 nutzen. Es muss aber auch kommunikativ vermittelt werden, dass die Nummern unterschiedliche Intentionen haben. Gerade hier spielt die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die KV eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang ist auch zu nennen, dass es immer weniger Ärzte gibt, die bereit sind, Hausbesuche zu machen. Dies wiederum führt, gerade in einer Gesellschaft, die älter wird, zunehmend dazu, dass Patienten den Bereitschaftsdienst rufen, obwohl die „normale“ ambulante Versorgung ausreichen würde.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

9. Einführung in den weiteren Arbeitsablauf und Gruppenbildung

Moderation: Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Für den Nachmittag der Veranstaltung war die Arbeit in drei parallel stattfindenden Workshops geplant. Hierzu wurden zum einen im Vorfeld der Veranstaltung Themenvorschläge für eine Bearbeitung in der Zukunftswerkstatt gesammelt, zum anderen wurden weitere, sich aus der Podiumsdiskussion ergebende Themen ebenfalls notiert. Diese Sammlung relevanter Gesichtspunkte zur Notfallversorgung 2.0 sollten die Grundlage der Workshoparbeit bilden. Nachfolgende Tabelle listet die Vorschläge auf:

Die sich aus den Vorschlägen ergebenden Themen der drei Workshops lauteten:

1. Stufenkonzept
2. Patientensteuerung
3. Geteilte Sicherstellung

Die Zuordnung der Teilnehmenden zu den drei Workshopgruppen war im Vorfeld der Veranstaltung durch die Steuerungsgruppe erfolgt. Ziel der Einteilung war es, in allen Gruppen Akteure aus den unterschiedlichen Sektoren und beteiligten Institutionen der Notfallversorgung an einen Tisch zu bringen.

Die drei Gruppen wurden von folgenden Moderatoren geleitet:

Stufenkonzept: Michael Jacob, Werner Dau

Patientensteuerung: Dr. Stefan Poloczek, Karin Stötzner

Geteilte Sicherstellung: Dr. Timo Schöpke, Ursula Helms

Tabelle: Themenvorschläge für die Workshoparbeit

Personaluntergrenzen und Bemessungszahlen
Zukünftige Aufgaben der Leitstellen
Telenotarzt
Sektorenübergreifende Ausbildung Allgemeinmedizin
Triage
Internationale Unterschiede → andere Nutzung durch Zugezogene
Was will Berlin?
Regionale Herangehensweise zielführender?
(vorab) telefonische Abfrage → Zuweisung
Abgestimmte Versorgung zwischen Rettungsdienst und Kliniken
Steuerung der Krankentransporte
Entscheidungswege
Informationsangebote über ambulanten Sektor wichtig
Anpassungen auf gesetzlicher Ebene
Verzahnung der ambulanten und stationären Notfallversorgung
Überwindung des Sektorendenkens für die Notfallversorgung
Patientenzentrierte Versorgung
Patientensicherheit durch Evidenzen
Klare Zuständigkeiten
Sektorenübergreifend
Auswirkungen auf Versorgungsqualität
Engere Kooperation zwischen KV und stationärer Versorgung wie intensivieren?
KV als Vermittler, z.B. Praxisöffnungszeiten
Sinnhaftigkeit vorhandener Strukturen
Sektorenübergreifende Entscheidungsebene/ Gremien schaffen
Muss-Vorgaben vs. Empfehlungen
Vielfältigkeit der Patienten beachten
Sicherheit des Personals in der Notfallversorgung
System der medizinischen Ersteinschätzung
Haftungsansprüche – sektorenübergreifend
Wie sieht die Notaufnahme der Zukunft aus?
Verteilung KV Praxen
Raum schaffen? KV-Arzt vor Ort in der Notaufnahme
Intersektorale Zusammenarbeit fördern
Datenstruktur und Patientenstatistik mangelhaft

10. Gesamtplenium und Zusammenfassung der Ergebnisse

10.1 Themenbereich 1: Stufenkonzept

Moderation: Michael Jacob, Verband der Ersatzkassen e.V.; Werner Dau, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Im Workshop Stufenkonzept wurde diskutiert, ob und inwiefern das neue Stufenkonzept zu einer Verbesserung der Notfallversorgung führt. Es ging darauf aufbauend aber auch um die Frage, welche strukturellen Änderungen darüber hinaus notwendig sind, um eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Die Workshoparbeit stand dabei immer unter dem Primat des Patienten, die Berücksichtigung der Patientensicht wurde in den Diskussionen immer wieder hervorgehoben. In diesem Kontext spielte gerade auch die Frage der Patientensteuerung immer wieder eine Rolle: Wie kann ich Patienten gut in das System der Notfallversorgung, gut durch dieses System, aber auch gut aus dem System in die Häuslichkeit steuern?

Stufenkonzept – Instrument oder Lösung

Die Teilnehmenden diskutierten zuerst, ob das neue Stufenkonzept trägt, ob es in der Lage sei, die Notfallversorgung nachhaltig zu verbessern. Grundsätzlich wurde festgehalten, dass das Stufenkonzept nur ein Instrument darstelle im Rahmen der Notfallversorgung und nicht als Komplettlösung zu verstehen sei. Das Stufenkonzept könne nur so gut agieren, wie der Kontext, in dem es genutzt wird, aufgebaut ist. Strukturelle Vorgaben können begünstigend, aber auch verhindern wirken. In diesem Sinne müssten also die gesamten, auch ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und alle existierenden Instrumente der Notfallversorgung in den Blick genommen werden. Das SGB V in seiner jetzigen Form würde deutliche Grenzen aufweisen.

Kritisiert wurde, dass das neue Stufenkonzept nicht die gesamte Notfallversorgung betrachtet, sondern nur für den stationären Sektor gedacht ist. Der große Bereich der ambulanten Akut- und Notfallversorgung wird nicht berücksichtigt. Hier müsse weiter und vor allem vom Patienten her gedacht werden, für den eine Zuordnung zu den Sektoren im Notfall keine Relevanz hat, sondern allein die Frage, wo ihm adäquat geholfen wird.

Gemeinsame Lösungen

Ein zentraler Gesichtspunkt der Diskussion war, dass Notfallversorgung über die Sektorengrenzen hinausgedacht

werden muss. Hierzu reiche es aber nicht, eine gemeinsame Leistungserbringung zu planen und sich zu überlegen, wie die Akteure aus beiden Sektoren miteinander verzahnt werden können. Grundlage dieser gemeinsamen Leistungserbringung muss eine gemeinsame Bedarfsplanung sein, die vom Patienten ausgehend die Bedarfe – unabhängig einer Sektorenuordnung – im Blick hat. Hierzu wiederum ist eine gemeinsame Datenbasis unabdingbar. Diese schafft sowohl eine Transparenz als auch die notwendige Evidenz, um Entscheidungen und Festlegungen treffen zu können. Nur auf der Grundlage einer gemeinsamen Datenbasis ist dann eine gemeinsame Finanzierung der Notfallversorgung zu entwickeln, die auskömmlich alle einbezogenen Bereiche unabhängig von Stufen und Sektoren berücksichtigt. Favorisiert wird ein gemeinsames Budget: Dieses verhindere mögliche Fehlsteuerungsanreize und löse die tradierte Problematik „wem gehört der Patient“ auf. Zum Teil könne auch erst nach der Notfallbehandlung eines Patienten (ex post) eingeschätzt werden, ob dieser Notfall im ambulanten oder im sekundären Sektor am besten aufgehoben gewesen wäre.

Sicherstellung der Qualität

Das Thema der Sicherstellung der Qualität in der Notfallversorgung wurde auf verschiedenen Ebenen diskutiert. Eine Qualifizierung zum Facharzt für Notfallversorgung wurde begrüßt (wie er in anderen Ländern bereits etabliert ist), gleichzeitig wurde aber auch problematisiert, dass gerade in ländlichen Regionen es schwer sein wird, entsprechende Fachkräfte zu rekrutieren.

Als dringend notwendig wurde gesehen, dass eine fachärztliche Weiterbildung im Bereich Notfallversorgung in allen Bundesländern umgesetzt wird. Entsprechende Qualifizierungen müssten vor allem auch für die niedergelassenen Ärzte angeboten werden. Eine gewisse Formalisierung entsprechender Qualifizierungen wurde begrüßt, diskutiert wurde aber auch, welchen Umfang diese haben sollten.

Notfallspezifische Qualifizierungen wurden auch für andere Berufsgruppen begrüßt, z.B. für den Bereich der Notfallpflege.

Notfallversorgung in Stadt und Land

Die Unterschiede in der Notfallversorgung zwischen der Metropole Berlin und dem Flächenland Brandenburg wurden ebenfalls thematisiert. Es müssen unterschiedliche Konzepte für die Notfallversorgung in Stadt und Land entwickelt werden. Gerade in der Fläche, in den ländlichen

Regionen, ginge es darum, die Basisversorgung im Bereich Notfallversorgung sicherzustellen. Hierbei müssen Qualitätsvorgaben eingehalten werden, gleichzeitig müssen entsprechende Konzepte aber auch ökonomisch abbildbar sein. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere die Möglichkeiten der Telemedizin diskutiert. Diese könnte dazu beitragen, eine höherwertige Notfallversorgung auch in der Fläche zu ermöglichen. Gleichzeitig müsse aber auch genau geprüft werden, welche Lösungsansätze konkret die Telemedizin biete, aber auch, wo Grenzen bestünden und andere Instrumente zum Einsatz kommen müssten.

Mit Bezug auf das neue Stufenkonzept wurde kritisiert, dass es durch enge Strukturvorgaben passieren könne, dass eine bestehende Notfallversorgung an einem Krankenhaus entfällt, weil ein Strukturmerkmal fehlt. Hier wären ggf. Nachbesserungen erforderlich.

10.2 Themenbereich 2: Patientensteuerung

Moderation: Dr. Stefan Poloczek, Berliner Feuerwehr; Karin Stötzner, Patientenbeauftragte für Berlin

Im Workshop Patientensteuerung ging es konkret um die Fragestellung, wie Patienten optimal in und durch das



System der Akut- und Notfallversorgung geleitet werden können. Möglichkeiten und Grenzen der Patientensteuerung wurden diskutiert und Lösungsansätze für eine Verbesserung dieser entwickelt.

Begriffsklärungen

Im ersten Teil des Workshops ging es darum, einige der häufig genutzten Begriffe im Rahmen der Notfallversor-

gung genauer zu definieren. Die Teilnehmenden, die aus unterschiedlichen Kontexten und Institutionen der Notfallversorgung kamen, sollten sich im ersten Schritt auf gemeinsame Sichtweisen einigen.

Die Diskussion unter den Teilnehmenden gerade beim Thema Patientensteuerung zeigte, dass eine fachliche und/oder juristische Definition (wie z.B. in den Rettungsdienstgesetzen) dessen, was ein Notfall sei, wenig hilfreich und zielführend ist. Am Beginn des Prozesses steht immer eine Person, die ein akutes Problem für sich selbst erkennt und akut Hilfe sucht – diese Einschätzung erfolgt akut und subjektiv. Wenn eine Patientensteuerung erfolgen soll, müssen alle diese Hilfsbedürftigen niederschwellig erreicht werden.

Eine weitere Begriffsklärung bezog sich auf den Bereich der Sichtungssysteme, auch als Triage bezeichnet. Diese sollen und können Behandlungsprioritäten festlegen. Sie haben ihren Ursprung in der Militär- und Katastrophenmedizin und werden mittlerweile routinemäßig in Notaufnahmen verwendet. Solche Sichtungs- bzw. Triage-Systeme wurden von den Teilnehmenden nur dann als erforderlich betrachtet, wenn zu wenig Ressourcen für die gleichzeitige Versorgung von allen Patienten zur Verfügung stehen.

In der Diskussion der Teilnehmenden wurde schnell klar, dass die Unterscheidung zwischen Patientensteuerung und Sichtung bzw. Triage nicht immer trennscharf ist. Auch in den aktuell diskutierten Konzepten zur Notfallversorgung wird „Patientensteuerung“ schnell mit Sichtung oder Triage gleichgestellt. Es entsteht der Eindruck, dass mit einer einmaligen Befragung oder Kurzuntersuchung am Telefon einer Leitstelle oder dem Tresen einer Behandlungseinrichtung durch standardisierte Systeme entschieden werden kann, in welchen Sektor eine Person mit akuter medizinischer Hilfebedürftigkeit „gesteuert“ werden kann.

Können Patienten überhaupt gesteuert werden?

In der Diskussion der Teilnehmenden konnte diese Frage nicht eindeutig geklärt werden: Mündige Patienten lassen sich schwer steuern oder gar bevormunden. Auf der anderen Seite ist gerade die Notfallsituation geprägt von der subjektiven und ggf. objektiven Notwendigkeit der externen Hilfe. In dieser Situation ist jeder Mensch dankbar für jegliche externe Hilfe. Ein Charakteristikum der akuten Hilfebedürftigkeit ist auch das Fehlen von psychosozialen Ressourcen der Person selbst wie auch des sozialen Umfeldes.

Einig waren sich die Teilnehmenden, dass das Ausmaß, in

dem Patienten sich steuern lassen bzw. gesteuert werden wollen im Falle einer Notfallsituation, unterschiedlich groß sein kann.

Wichtig ist, dass „Steuerung“ nicht als einmalige Entscheidung (anders als Triage) verstanden wird, sondern als Prozess. Es geht darum, den Patienten in einer als Notfall wahrgenommenen Situation zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass der Hilfebedürftige im Gesundheitssystem die richtige Versorgung erhält. Dieser Prozess kann ggf. auch Neujustierungen erforderlich machen. Als alternative Begriffe zum Begriff „Steuerung“, die die Autonomie von Patienten besser betonen, wurde unter anderem „navigieren“ oder „lotsen“ vorgeschlagen.

Prozessmodell zur Patientensteuerung in der Akut- und Notfallmedizin

Im zweiten Teil des Workshops entwickelten die Teilnehmenden gemeinsam ein Prozessmodell zur Patientensteuerung in der Akut- und Notfallmedizin. Am Anfang steht immer eine Person, die bei sich ein Symptom wahrnimmt, welches als akut bzw. notfallrelevant eingestuft wird. Welche Handlungen sich nach der Wahrnehmung des Symptoms anschließen, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Von zentraler Bedeutung sind die eigenen Kompetenzen, aber auch das soziale Umfeld (kann jemand informell helfen). Nicht zuletzt spielen aber auch Kontextfaktoren eine Rolle, z.B. die Zugänglichkeit von Informationen.

Entweder schließt sich hieran die Selbsthilfe an oder aber die Person entscheidet sich, externe Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Erste Anlaufstelle für externe Hilfe ist die Leitstelle bzw. das Anwählen der Telefonnummern 112 oder 116117. In der Leitstelle muss die Steuerung des Patienten einsetzen. Auch das Internet kann als Ort für das Suchen externer (professioneller) Hilfe relevant sein. Die konkrete Notfallversorgung wiederum kann ambulant oder stationär erfolgen – je nach Komplexität und Schweregrad des Notfalls.

Optimale Patientensteuerung in der Akut- und Notfallmedizin

Die Teilnehmenden des Workshops entwickelten im letzten Schritt gemeinsam Überlegungen dazu, wie eine Patientensteuerung in der Akut- und Notfallmedizin im optimalen Fall aussehen sollte:

- Wichtigste langfristige Maßnahme ist die Aufnahme eines Pflichtfaches „Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz bei akuten Erkrankungen“ in den

Schulunterricht. Dies soll insbesondere die Ressourcen für die Selbstbehandlung kleinerer akuter Erkrankungen und Verletzungen schaffen. Gleichzeitig muss hier auch die Erste Hilfe bei lebensbedrohlichen Erkrankungen (insbesondere Reanimation) vermittelt werden. Im Sinne der Resilienz und Ressourcenstärkung ist dies die nachhaltigste Maßnahme.

- Im Bereich der medizinischen Versorgung hat die Sicherstellung und deutliche Stärkung der ambulanten Basisversorgung (Allgemeinmedizin) eine zentrale Bedeutung, um die (unnötige) Inanspruchnahme akut- und notfallmedizinischer Strukturen zu vermeiden. Gerade chronisch Kranke mit potenziell akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands profitieren von einer guten Betreuung. Erste Aufgabe der Allgemeinmedizin ist die Verhinderung von Notfällen.
- Eine verlässliche Verfügbarkeit von einfachen, validen, legitimierten, qualitätsgesicherten und gut zugänglichen Informationssystemen in den verschiedensten Medien ermöglicht es, dass Personen relevante Informationen und ggf. Unterstützung rund um die Uhr erhalten können. Ob die angebotenen Hilfeleistungen dann in das System der Notfallversorgung oder in andere Hilfesysteme führen, hängt vom konkreten Einzelfall ab.
- Grundsätzlich sollte ein Erstkontakt mit dem professionellen Hilfesystem primär telefonisch erfolgen. So könnte die telefonisch vermittelte (Erst-)Steuerung der potentiellen Patienten verhindern, dass die Notaufnahme oder anderen Strukturen der Notfallversorgung unnötig in Anspruch genommen werden. Auch für eine bessere Planung von Terminen und Verteilung des Patientenaufkommens empfiehlt sich der primäre telefonische Erstkontakt. Sog. Kommstrukturen, in die sich eine Person aktiv selbst begeben muss, sind hierfür zu aufwändig (Transport, Barrierefreiheit), Internetlösungen zu wenig interaktiv.
- Um den telefonischen Erstkontakt möglichst einfach zu gestalten und die Steuerung an dieser zentralen Einrichtung optimal zu gestalten, soll dies über eine Leitstelle mit zwei Nummern (112 und 116117) geschehen. Wenn eine einheitliche Trägerschaft nicht schnell geschaffen werden kann, müssen die Kooperationen zwischen Notrufnummer und KV-Akutnummer maximal intensiviert werden und Einsätze bzw. Hilfeersuchen gegenseitig weitergeleitet werden.
- Eine Leitstelle vermittelt rund um die Uhr in alle akutmedizinischen Systeme sowie Einrichtungen der Akutpflege und der psychosozialen Hilfe (z.B. Krisendienst,

Hilfe bei häuslicher Gewalt, Kinderschutz), um die Ressourcen optimal zu nutzen. Für die Erweiterung der Hilfe über das Gesundheitswesen hinaus sind gute Modellprojekte sinnvoll und erforderlich.

- Für die professionelle Vermittlung und Steuerung des Patienten benötigt die Leitstelle eine effiziente Ausstattung, wissenschaftlich evaluierte Sichtungs- und Priorisierungssysteme sowie insbesondere eine definierte und qualitätsgesicherte Qualifizierung des Leitstellenpersonals (Ausbildung und regelmäßige Fortbildung).
- Als zentrale Anlaufstelle für alle Patienten dient eine einheitliche Struktur, die dem Grundsatz „ein Tresen: ein PC, eine Finanzierung, ein Team, eine Verantwortung!“ folgt.
- Die gut erreichbare zentrale Anlaufstelle hat alle Ressourcen für die Diagnostik und Erstversorgung von allen Notfallpatienten. Im Mittelpunkt stehen die Patientensicherheit und die bedarfsgerechte Versorgung von Notfällen. Schwere Notfälle werden in überregional geplante Zentren weitergeleitet, leichte Fälle werden vor Ort versorgt bzw. in die hausärztliche Versorgung überwiesen.
- Es ist notwendig, die Qualifikation und die professionellen Kompetenzen des Personals in allen notfallmedizinischen Strukturen (Rettungsdienst, Klinik, zentrale Anlaufstelle) weiter zu diversifizieren, bedarfsgerecht am Patientenprozess zu verbessern und eine einheitliche Qualität abzubilden.
- Die Leitstelle muss mit allen Versorgungsstrukturen optimal digital vernetzt sein. Dies begründet sich in der Notwendigkeit des Feedbacks über Erstdiagnosen und Krankheitsverläufe an die Leitstelle, eines gemeinsamen Qualitätsmanagements und Follow-up, der Erleichterung der Administration sowie der Vermeidung von Überversorgung. Dabei muss selbstverständlich der Datenschutz gewahrt bleiben.

In einer abschließenden Bewertung konnten die Teilnehmenden des Workshops die aufgeführten Aspekte hinsichtlich ihrer eingeschätzten Bedeutung bewerten. Hierzu hatte jeder Teilnehmende drei Punkte, die er für die Priorisierung nutzen konnte. Die folgenden Aspekte wurden als besonders relevant bewertet:

- Ein Tresen: ein PC, eine Finanzierung, ein Team, eine Verantwortung!
- Primärer telefonischer Erstkontakt
- Eine Leitstelle vermittelt in alle Systeme.

10.3 Themenbereich 3: Geteilte Sicherstellung

Moderation: Dr. Timo Schöpke, Klinikum Barnim GmbH; Ursula Helms, Gemeinsamer Bundesausschuss



Der Workshop „Geteilte Sicherstellung“ sollte auf die Mikroebene fokussieren und diskutieren, wie eine Zusammenarbeit der Leistungserbringer an einem Standort funktionieren kann. Dies erfolgte auf der Grundlage der wesentlichen Ergebnisse der ersten Zukunftswerkstatt zur Notfallversorgung im Jahr 2015. Im Bereich Schnittstelle KV und Zentrale Notaufnahme wurden damals folgende Empfehlungen erarbeitet:

- Abschaffung der Sektorengrenzen und unabhängige Leistungserbringung
- Fusion der Behandlungseinrichtungen mit gemeinsamem Budget und kostendeckender Vergütung
- Dringlichkeitseinschätzung aller Notfallpatienten nach einem einheitlichen System
- Qualifizierung des Personals
- Gemeinsame Datenerfassung, Qualitätsmanagement, Controlling

Außerdem wurden auch in diesem Workshop generelle Aspekte der standort- und sektorübergreifenden Akut- und Notfallversorgung benannt und diskutiert.

Ein Fallbeispiel und viele Behandlungswege

Ausgehend von der Schilderung eines konkreten Fallbeispiels (dreijähriges Kind, welches am Samstagmorgen den Eltern Schmerzen beim Essen und Trinken signalisiert, im Tagesverlauf die Nahrungs- und Getränkeaufnahme einstellt und die Eltern gegen Abend Hilfe ersuchen) sollten die Teilnehmenden des Workshops diskutieren, an

wen sich die Eltern in diesem Fall am besten wenden sollten. Es zeigte sich die komplette Bandbreite verschiedenster Handlungsempfehlungen von „sich in der Apotheke beraten lassen“ bis „in die Notaufnahme eines Krankenhauses mit Kinderklinik fahren“, wobei sich z.T. deutliche Unterschiede zwischen den Teilnehmenden aus Berlin (Aufsuchen eines Kinderarztes, spezialisierte Fachexpertise notwendig) und aus Brandenburg (hausärztliche Versorgung, zunächst Apotheke ausreichend) zeigten. Grundsätzlich ließen sich die möglichen Wege in die medizinische Versorgung nach den Bereichen Erstuntersuchung, Behandlung und Institutionen unterteilen: Die Frage, wer die Erstuntersuchung leisten müsste, wurde im Spektrum von Rettungsdienst über Kinder- bzw. Notfallpflegekraft über den notfallmedizinisch qualifizierten Arzt bis hin zum Kinderarzt diskutiert. Noch heterogener wurde die Frage besprochen, wer die weitere Behandlung durchführen sollte: niedergelassene Ärzte oder Klinikärzte, Hausärzte oder Pädiater wurden hier genannt. Auch die richtige Institution für den Erstkontakt variierte von der Anwahl der Telefonnummer 116117 über einen KV-Hausbesuch, die KV-Notdienstpraxis oder die Anwahl der Notrufnummer 112 bis hin zur Notaufnahme eines Krankenhauses mit oder ohne pädiatrische Abteilung.

Die finale Auflösung des Falls – das Kind hatte eine aphthöse Stomatitis, die initial am besten mit einer frei verkäuflichen, schmerzlindernden Salbe aus der Apotheke behandelt wird – löste unter den Teilnehmenden Erstaunen aus.

Idealtypischer Versorgungsprozess eines Notfalls

Im zweiten Teil des Workshops diskutierten die Teilnehmenden die Frage, wie ein Versorgungsprozess in idealtypischer Weise skizziert werden könnte. Dabei fiel zunächst auf, dass die Teilnehmenden sich initial schwerlich von den aktuell gültigen ordnungspolitischen Vorgaben und gesetzlichen Regelungen lösen konnten. Daher wurden die Workshop-Teilnehmer gebeten und wiederholt erinnert, gedanklich eine neue Einrichtung „auf der grünen Wiese“ zu erschaffen.

Konsens herrschte bei allen darüber, dass die Akut- und Notfallversorgung innerhalb einer – wie auch immer konkret ausgestalteten – Gesundheitseinrichtung erfolgen müsse, die so aufgestellt sein müsse, dass sie Patienten mit allen möglichen akut- und notfallmedizinischen Anliegen versorgen könne.

Der Erstkontakt zum System der Akut- und Notfallversorgung erfolgt über drei mögliche Wege: Über Telefon, über eine gemäß des Medizinproduktegesetzes zugelassene

App bzw. Internetplattform oder über persönlichen Kontakt in einer Versorgungseinrichtung (z.B. Integriertes Notfallzentrum). Die ersten beiden Möglichkeiten sollen einen niederschweligen Zugang ins System bieten und gleichzeitig über geeignete Filter verfügen die erkennen, ob ein Patient die Leistungen der Akut- und Notfallversorgung nicht benötigt. In diesen Fällen sollen alternative Behandlungsangebote empfohlen bzw. verbindlich vereinbart werden können. Mittels entsprechend qualifiziertem nicht-ärztlichen Personal und validierter Entscheidungsalgorithmen muss aber zwingend gewährleistet sein, dass hochdringliche Fälle sofort verlässlich erkannt und entsprechende Maßnahmen initiiert werden. Wenn der Patient persönlich in einer Versorgungseinrichtung vorstellig wird, erfolgt die nicht-ärztliche Ersteinschätzung jederzeit im Sinne der Dringlichkeitserkennung und Ressourcenallokation zuerst durch speziell qualifiziertes nicht-ärztliches Personal mithilfe eines einheitlichen und validierten Ersteinschätzungssystems.

Nach prioritärer Identifikation der hochdringlichen Fälle sollen die Einschätzung der generellen Behandlungsnotwendigkeit und die Differenzierung der Behandlungsdringlichkeit erfolgen. Dabei soll sich die Differenzierung der zeitlichen Vorgaben auch an den bereits vielerorts im Einsatz befindlichen Dringlichkeits-Einschätzung-Systemen wie dem Manchester-Triage-System oder dem Emergency-Severity-Index orientieren. Einigkeit bestand darüber, dass grundsätzlich folgende vier Maßnahmenkategorien in absteigender Priorität zur Auswahl stehen sollten: Bei höchster Dringlichkeit ist eine direkte und sofortige Konsultation durch mindestens einen Notfallmediziner nötig. Zur zweiten Kategorie gehören die Fälle, bei denen unverzüglich bzw. zeitnah ärztliche Expertise hinzugezogen werden muss. Dies sollte primär ein generalistisch tätiger Akutmediziner sein, der fakultativ weitere Fachärzte (ggf. auch per Telekonsultation mit oder ohne Bildübertragung) hinzuziehen kann. Den weiteren beiden Kategorien ist gemein, dass zwar ein Arztkontakt notwendig ist, dieser aber auch später oder an anderer Stelle (z.B. Vorstellung beim Hausarzt am darauffolgenden Werktag) erfolgen könnte. Eine Unterscheidung wird hier für die Patienten getroffen, die bis zum Arztkontakt noch Behandlungen bzw. weitere Untersuchungen durch eine andere nicht-ärztliche Berufsgruppe benötigen, die ihrerseits die Empfehlung zum Zeitpunkt des Arztkontaktes ggf. anpassen können.

Insbesondere wurde diskutiert, welche Ärzte die Erstkonsultationen im Rahmen der Akut- und Notfallversorgung vornehmen sollen und welche Qualifikationen diese benötigen. Die Teilnehmenden kamen zu dem Schluss, dass grundsätzlich generalistisch ausgebildete Ärzte mit spezifi-

scher Notfallkompetenz diese Funktion innehaben sollten. Für die erste Kategorie sollten dies Notärzte bzw. klinische Akut- und Notfallmediziner sein. In der zweiten Kategorie können dies auch Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Ärzte mit notfallmedizinischer Zusatzqualifikation sein. Der Generalist muss in der Lage sein, alle hochdringlichen Fälle stabilisieren zu können, bis ein Spezialist verfügbar ist. Er muss eine fundierte Entscheidung dahingehend treffen können, ob und wann welcher Facharzt den Patienten weiterbehandeln muss oder er muss in der Lage sein, die Behandlung abschließend vorzunehmen.

Von zentraler Bedeutung wurde für diesen idealtypischen Versorgungsprozess neben der Qualifizierung des nicht-ärztlichen Personals mit Erstkontakt die adäquate Qualifizierung der Ärzte gesehen, die sich fachübergreifend in der Akut- und Notfallversorgung betätigen. Hier gibt es im ambulanten Bereich Nachholbedarf, da bislang keine spezifischen Vorgaben zu Qualifikationen existieren. Im stationären Bereich sei gerade eine entsprechende Qualifizierung in die Musterweiterbildungsordnung aufgenommen worden (<https://bit.ly/2Gd87Xy>).

Notwendige Maßnahmen zur Umsetzung

Im dritten Teil des Workshops wurden allgemeine Maßnahmen benannt, diskutiert und priorisiert, die eine Voraussetzung für die Umsetzung des idealtypischen Ablaufs der Akut- und Notfallversorgung bilden.

Gesellschaftliche Ebene einbeziehen

Auf einer sehr allgemeinen Ebene ist die Förderung der Gesundheitskompetenz bzw. die Gesundheitserziehung anzusiedeln: Die Bevölkerung müsse besser darüber informiert werden, welche Anlaufstellen in einem Akutfall bzw. Notfall existieren bzw. für konkrete Situationen geeignet sind (z.B. Kenntnis der Rufnummer 116117). Auch Kompetenzen im Umgang mit Akuterkrankungen müssen besser geschult werden. Als Beispiel wurden hier Erste-Hilfe- oder Reanimationsveranstaltungen an Schulen genannt (z.B.: <https://www.schuelerrettenleben.de/>).

Finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen schaffen

Von zentraler Bedeutung ist die Sicherstellung der Finanzierung. Nur mit einer verlässlichen und kostendeckenden Finanzierung kann die Akut- und Notfallversorgung qualitativ umgesetzt werden. Dabei ist die leistungs- und sachgerechte Vergütung ein erfolgskritischer Faktor jedes Finanzierungsmodells. Beispielsweise muss die aktuelle

Methodik, dass Krankenhäuser Vergütungen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Akut- und Notfalleleistungen erhalten, die nicht in kassenärztlichen Bereitschaftspraxen (Notdienstpraxen) erbracht werden können, schnellstmöglich angepasst werden. Eine Umverteilung der eingesetzten Mittel alleine reicht aber nicht aus, um die Akut- und Notfallversorgung zu finanzieren. Das Budget muss insgesamt aufgestockt werden, um sowohl die anstehende Personalentwicklung finanzieren zu können und um ausreichend Akzeptanz für die Entwicklungsmaßnahmen im gesamten Gesundheitswesen herzustellen.

Des Weiteren müssen Verantwortlichkeiten und Funktion der Institutionen der Akut- und Notfallversorgung in einem verbindlichen Rechtsrahmen verankert werden. Dazu gehört auch die gesetzliche Definition der Akut- und Notfallversorgung. Sowohl für die nicht-ärztlichen als auch für die ärztlichen Fachkräfte müssen Qualifikationen staatlich geregelt werden.

Verbindlichkeiten und Standards für die Umsetzung festlegen

Bezüglich der organisatorischen Rahmenbedingungen müssen verpflichtende Regeln für die materielle und personelle Ressourcenausstattung der Einrichtungen, die an der Akut- und Notfallversorgung teilnehmen, geschaffen werden. Hierzu zählen auch verbindliche Vorgaben zur Personalbemessung für die verschiedenen Dringlichkeitskategorien der Akut- und Notfallversorgung, so wie sie heute schon beispielsweise für die Ausstattung von Rettungswagen vorgegeben sind.

Ein Terminierungssystem über alle Leistungserbringer hinweg soll sicherstellen, dass die Kapazitäten sinnvoll für zeitkritische Behandlungen eingesetzt und aufschiebbare Behandlungen verlässlich vereinbart werden können.

Qualität sicherstellen

Für alle an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Fachkräfte sind verbindliche Qualitätsanforderungen zu formulieren und entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen bereitzustellen. Dies betrifft sowohl die notwendigen pflegerischen oder medizinisch-fachlichen Kompetenzen als auch überfachliche Kompetenzen, z.B. für telefonische Beratung oder Disposition von Rettungsmitteln.

Es müssen darüber hinaus Qualitätsindikatoren für den gesamten Versorgungsprozess entwickelt und die Einhaltung von Qualitätsstandards gesichert werden. Ein ent-

sprechend verbindliches Qualitätsmanagement ist hierfür notwendig und über alle Bereiche des Gesundheitswesens anzuwenden.

Priorisierung der Maßnahmen zur Umsetzung

Im letzten Schritt hatte jeder Teilnehmende die Möglichkeit mittels dreier Punkte die oben genannten Maßnahmen bezüglich ihrer Relevanz zueinander zu priorisieren. Im Ergebnis zeigte sich folgendes Bild:

Maßnahme	Anzahl der Nennungen
Ausreichende Finanzierung sichern	9
Gesetzliche Grundlage – Rechtsrahmen	8
Qualifizierungsmaßnahmen schaffen	6
Verpflichtende Regeln für Ressourcenausstattung	6
Umverteilung und zusätzliche finanzielle Mittel	6
Definition und Fokussierung der Notfall- und Akutversorgung	5
Terminierungssystem über alle Leistungserbringer	2
Personalbemessung bindend	2
Qualitätsindikatoren, -sicherung und -management	2
Gesundheitserziehung	2

11. Abschluss und Verabschiedung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3



Wir haben es geschafft... so ein gefüllter, interessanter Tag, den wir gemeinsam gestaltet haben. Ihnen gilt ein herzliches Dankeschön für das Engagement.

Es war für mich eine besondere Erfahrung, zu erleben, wie unterschiedliche Positionen und differente Einschätzungen und Erfahrungen zur Sprache kamen. Nicht, um sich gegeneinander abzugrenzen, sondern zuzuhören, die Erfahrungen aus der Praxis und politische Zielsetzungen aufzunehmen und miteinander zu Absprachen und gemeinsamen Thesen zu kommen. Wir wollten das Notwendige für die Zukunft der Notfallversorgung miteinander

erarbeiten und das ist heute gelungen.

Heute haben wir zum ersten Mal in einer Zukunftswerkstatt die professionelle Begleitung durch die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher erlebt. Das hat seinen ganz eigenen Ertrag. Klasse, dass Sie mit uns die Anliegen der Notfallversorgung geteilt haben; es soll ja alles dem Wohl der Patienten dienen. Sie haben dafür Sorge getragen, bei allen Überlegungen die Patientensicht nicht aus dem Auge zu verlieren.

Vielen Dank auch an das Handlungsfeldmanagement – Frau Jung und Herrn Kuhse – für die Organisation dieses tollen Tages. Ich glaube, ich kann für alle sprechen, dass wir uns hier in der Veranstaltungslage sehr gut aufgehoben gefühlt haben und dank der guten Vorbereitung spannende Diskussionen führen konnten. Kommen Sie gerne auf uns zu, wenn Sie die angefangenen Gespräche fortführen möchten.

Die Wirkungsgeschichte dieser Zukunftswerkstatt wird sich in den Abstimmungsgesprächen zu den Krankenhausplänen in Brandenburg und Berlin erkennbar zeigen. Darauf bin ich ganz gespannt!

Noch einmal: Danke! Noch einen inspirierenden Austausch beim Empfang, kommen Sie wohlbehalten nach Hause! Gutes Gelingen zu allen Aufgaben!

Bis zur Zukunftswerkstatt 2019 in Potsdam!



12. Anhang

12.1 Teilnehmerliste

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Nr.	Anrede	Titel	Vorname	Nachname	Firma/ Institution
1	Herr	Dr.	Martin	Albrecht	IGES Institut GmbH
2	Frau	Dr.	Rotraut	Asche	Ev. Krankenhaus KEH
3	Frau		Simone	Beutel	Immanuel Klinik Rüdersdorf
4	Herr	Dr.	Kai	Bindseil	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
5	Herr	Dr.	Karsten	Bittigau	Evangelisches Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin
6	Frau		Daphne	Bongradt	BKK Landesverband Mitte
7	Frau		Wiltrud	Brändle	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
8	Herr		Elimar	Brandt	PflegeZukunfts-Initiative e.V.
9	Herr	Dr.	Benno	Bretag	Klinikum Dahme-Spreewald GmbH
10	Frau		Christiane	Bürger	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
11	Herr		Sven	Busse	AOK Nordost - die Gesundheitskasse
12	Herr		Werner	Dau	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
13	Herr	Dr.	Bernhard	Flasch	Zentrale Notaufnahme Klinikum Frankfurt (Oder)
14	Herr		Helge	Franz	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
15	Frau		Melanie	Göpel	Charité - Berlin Campus Virchow-Klinikum
16	Herr	Dr.	Matthias	Guth	Sana Klinikum Lichtenberg
17	Herr		Lukas	Haß	BARMER
18	Frau		Ursula	Helms	Gemeinsamer Bundesausschuss
19	Frau	Dr.	Anne	Hinrichs	Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH
20	Frau		Marejke	Hofmann	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
21	Herr		Sven	Horn	AOK Nordost - die Gesundheitskasse
22	Herr		Michael	Jacob	Verband der Ersatzkassen e.V.
23	Herr	Dr.	Carsten	Jäger	JGM GmbH
24	Frau		Antonia	Jung	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
25	Frau		Susanna	Karawanskij	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
26	Herr	Dr.	Philipp	Kellner	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
27	Frau		Monika	Klement	AOK Nordost
28	Frau		Dilek	Kolat	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
29	Herr		Bastian	Kuhse	Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH
30	Frau		Gabriela	Leyh	Barmer Landesvertretung Berlin / Brandenburg

Nr.	Anrede	Titel	Vorname	Nachname	Firma/ Institution
31	Frau		Birgit	Liehr	Charité - Campus Benjamin Franklin
32	Frau		Anja	Mädlich	TK Landesvertretung Berlin und Brandenburg
33	Frau	Dr.	Birga	Maier	Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister
34	Frau		Gina	Masekowitz	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
35	Herr	Dr.	Uwe	Mendel	Praxis Dr. Uwe Mendel
36	Herr	Prof. Dr.	Martin	Möckel	Charité - Universitätsmedizin Berlin
37	Herr		Christian	Pellehn	Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V.
38	Frau	Dr.	Antje	Pfaffe	St. Josefs Krankenhaus Potsdam, Notaufnahme
39	Herr		Bernd	Pohle	Arztpraxis Bernd Pohle
40	Herr	Dr.	Stefan	Poloczek	Berliner Feuerwehr
41	Frau		Doris	Rahn	AOK Nordost
42	Herr	Prof. Dr.	Markus	Reckhardt	Praxis Prof. Dr. Markus Reckhardt
43	Herr		Torsten	Reinhold	Oberhavel-Kliniken GmbH und Landkreis Oberhavel
44	Frau	Dr.	Sabine	Richard	AOK Bundesverband
45	Herr		Hartmut	Rohde	Praxis Hartmut Rohde
46	Herr	Dr.	Burkhard	Ruppert	KV Berlin
47	Herr		Lutz-Peter	Sandhagen	Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin -Brandenburg e.V.
48	Herr	Dr.	Daniel	Schachinger	DRK Kliniken Berlin
49	Frau		Jutta	Schlüter	Landkreistag Brandenburg e.V.
50	Frau		Petra	Schmauß	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
51	Frau		Dagmar	Schmidt	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
52	Herr	Dr.	Timo	Schöpke	Klinikum Barnim GmbH
53	Herr	Dr.	Jens-Uwe	Schreck	Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V.
54	Herr		Marc	Schreiner	BKG - Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
55	Herr		Andreas	Schwark	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
56	Herr	Prof. Dr.	Rajan	Soma-sundaram	Charité - Campus Benjamin Franklin
57	Frau		Hendrike	Stein	Vivantes Klinikum Neukölln
58	Frau		Stefanie	Stoff-Ahnis	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
59	Frau		Karin	Stötzner	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
60	Herr		Andreas	Stutzig	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
61	Herr	Dr.	Detlef	Troppens	Oberhavel Kliniken GmbH
62	Frau	Dr.	Ulrike	von Arnim	DRK Kliniken Berlin
63	Frau	Dr.	Petra	Wilke	Havelland Klinik Unternehmensgruppe
64	Frau		Lara	Wirbelauer	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
65	Frau	Dr.	Brigitte	Wrede	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
66	Herr		Michael	Zaske	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
67	Frau		Rebecca	Zeljar	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
68	Frau		Ilka	Zerche	Ordnungsamt Landkreis Barnim

12.2 Ergebnisse der Workshoparbeit

12.2.1 Themenbereich 1: Stufenkonzept (Moderation: Michael Jacob, Werner Dau)

Tabelle 12.1: Ergebnisse der Workshoparbeit

Gemeinsame Bedarfsplanung
Gemeinsame Leistungserbringung
Gemeinsame Finanzierung
Qualifikation Personal, WBO (Weiterbildungsordnung)
Kopplung Rettungsmittel
Stärkung Basisversorgung (Telemedizin)
Gemeinsame Datenbasis (Transparenz und Evidenz)
Ordnungspolitischer Rahmen
Fehlsteuerung verhindern (Strukturaufbau)
Infrastrukturplanung

12.2.2 Themenbereich 2: Patientensteuerung (Moderation: Dr. Stefan Poloczek, Karin Stötzner)

Tabelle 12.2: Warum Steuern? Was ist Steuern?

Ausgang	Aspekte optimaler Patientensteuerung			Ziel
Hilfe! Hilflosigkeit	Gesundheitskompetenz	Transport	Ärztliche Qualifikation	Qualität Wirtschaftlichkeit
Was ist ein Notfall?	Prävention Aufklärung	Sichtungssystem	Qualifikation LTS	Adäquate Versorgung
Psychoziale Situation	112 116117	Informationsmanagement	Pfleg. Qualifikation	Beratung
Ist der Patient steuerbar?	Telefon Persönlich www	Vernetzung	Qualifikation Steuerung	Spezialist
Leiten? Navigieren?	Nähe	Digitalisierung	Fachkräfte Attraktivität	Generalist
Aktiv? Angebot	Haltung	Zentralisierung	Fachkräftemangel	
Ströme steuern ≠ Mündigkeit	Steuerbarkeit	Datenschutz	Entscheidungsträger	
Mündigkeit im Notfall	Dringlichkeit	1 Tresen 1 PC	Pflege/ Heime	
	Anlaufstelle	Nachhalten/ Feedback	PDCA	

Abbildung 12.1: Prozessmodell

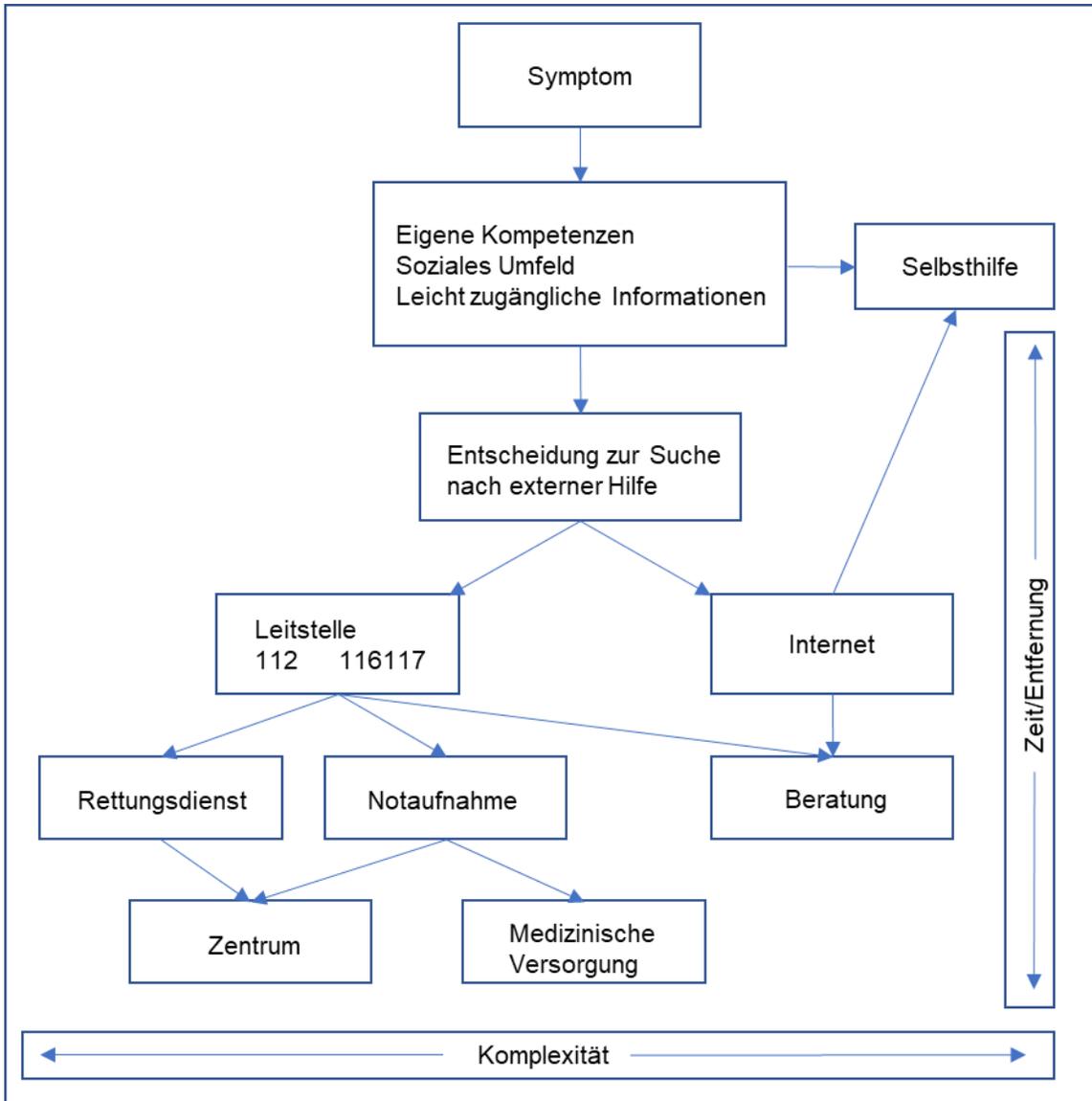


Tabelle 12.3: Maßnahmen zur Steuerung

Maßnahmen zur Steuerung	Wertung
Schulfach Prävention und Gesundheitsförderung auch im Notfall	4
Gesicherte ambulante Strukturen vermeiden Inanspruchnahme im Akut/Notfall	
Einfache, schnelle, valide, legitimierte und leicht zugängliche Informationssysteme (24/7), wo Hilfe verfügbar ist	
Erster Kontakt: Telefon, Leitstelle, Anlaufstelle möglichst nicht primär	8
Maximale Bewerbung (116117 sowie 112) in einer Struktur oder maximale Vernetzung	
Leitstelle kann breites Spektrum an Hilfe disponieren, rechtliche Barrieren (Leistungskataloge) müssen abgebaut werden	5
Kompetenz und Qualifizierung für Leitstellenpersonal (technisch, personell, QM)	3
Leitstelle vermittelt in alle Systeme „Gesundheit, Pflege und Soziales“ → Modellprojekte!	4
Digitale Vernetzung für Navigation und Feedback (QM, Follow-up, Evaluierung), Erleichterung von Administration, Gewährleistung von Datenschutz in allen Systemen	3
1 Tresen, 1 PC, 1 Finanzierung, 1 Team, 1 Verantwortung als Anlaufstelle 24/7	9
Ressourcen für Diagnostik und Erstversorgung in Anlaufstellen	
Diversifizierung professioneller Kompetenzen und Qualifikationen	1

12.2.3 Themenbereich 3: Geteilte Sicherstellung (Moderation: Dr. Timo Schöpke, Ursula Helms)

Tabelle 12.4: Ergebnisse Zukunftswerkstatt 2015: Schnittstelle KV – ZNA

Abschaffung der Sektorengrenze
Fusion mit gemeinsamem Budget
Unabhängige Leistungserbringung
Alle Notfallpatienten nach einheitlichem System einschätzen
Qualifizierung des Personals
Datenerfassung, Kostendeckende Vergütung, QM, Controlling

Tabelle 12.5: Medizinische Aufgabenverteilung bisher

Untersuchung	Behandlung	Institutionen	
Notfallpflege	Klinikärzte	Fahrender KV-Notdienst	116117
Jeder Arzt	Hausärzte	KH mit Pädiatrie	112
Qualifizierte Ärzte	Niedergelassene Fachärzte	KH ohne Pädiatrie	Fahrdienst für Notfallpraxis
	Qualifizierte Ärzte	Notfallpraxis fachspezifisch	KV Hausbesuch
			KV Notdienstpraxis

Tabelle 12.6: Arbeitsablauf idealtypisch

	Telefonberatung	App o.ä. (MPG)	Hochdringliche Fälle schnell erkennen
Qualifizierte nicht-ärztliche Berufsgruppen	Behandlungsdringlichkeit erkennen	Behandlungsnotwendigkeit erkennen	Qualifikationsnachweis für
Behandlungsdringlichkeit Gering – mittel – hoch			
Konsultation später oder an anderer Stelle	Konsultation anderer Berufsgruppe	Telekonsultation Arzt (mit/ohne Bild)	Direkte Konsultation Arzt
	Generalisierter Arzt mit Notfallkompetenz		
	Spezifische Fachärzte	Spezifische Fachärzte	Qualifizierung

Tabelle 12.7: Weitere Aspekte und Maßnahmen

Maßnahme	Anzahl der Nennungen
Ausreichende Finanzierung sichern	9
Gesetzliche Grundlage – Rechtsrahmen	8
Qualifizierungsmaßnahmen schaffen	6
Verpflichtende Regeln für Ressourcenausstattung	6
Umverteilung und zusätzliche finanzielle Mittel	6
Definition und Fokussierung der Notfall- und Akutversorgung	5
Terminierungssystem über alle Leistungserbringer	2
Personalbemessung bindend	2
Qualitätsindikatoren, -sicherung und -management	2
Gesundheitserziehung	2

12.3 Materialien zu den Vorträgen

Zusammenfassung der Ergebnisse der Zukunftswerkstatt Notfallversorgung 2015

Aktuelle Konzepte zur Notfallversorgung

Dr. Brigitte Wrede (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin)

Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg: Erste Erkenntnisse aus dem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt

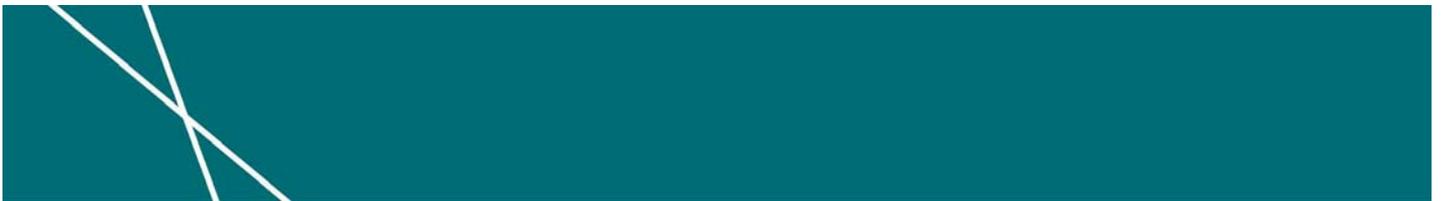
Dr. Martin Albrecht (IGES Institut)

Was kann die Versorgungsforschung zur Neuorganisation der Notfallversorgung beitragen?

Prof. Dr. Martin Möckel (Charité-Universitätsmedizin Berlin)

Zukunftswerkstatt 2018

„Notfallversorgung 2.0“



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und Brandenburg und der Investitionsbank Berlin, kofinanziert von der Europäischen Union - Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung.

Hierarchisierung der Ziele aus den AGs und des Plenums der Zukunftswerkstatt 2015



Punkte	Thema
17	Eine Nummer + Gemeinsame Leitstelle
14	Verbesserung Heimversorgung
14	Qualifizierung allen Personals der Notfallversorgung
9	Patient wird behandelt, ohne Sektor zu bemerken
8	Ausreichende Finanzierung der Notfallversorgung
6	Zugang und Einstieg
4	Versorgung von hilfsbedürftigen Patienten
4	Gemeinsames Qualitätsmanagement/ Register
4	Patient wird zwischen Notaufnahme und KV RegioMed-Praxis über ein System eingeschätzt (Dringlichkeit)
3	IT-Vernetzung
2	Einbindung Semiprofessioneller
2	Gemeinsame Sprache/ Definitionen
1	Zielgerichtete Disposition
1	Qualifiziertes Personal in der Triage
1	Einfache Abrechnungssystematik
	Weitere Themen ohne Priorisierung

Lösungsvorschläge und (geeignete) Maßnahmen

- Abschaffung der Sektorengrenzen:
 - Abschaffung der Sektorengrenzen in der Notfallversorgung
- Fusion der Sektoren mit gemeinsamem Budget:
 - Fusion der Sektoren mit Bildung eines „gemeinsamen Budgets“ für Notfallversorgung + Unabhängige Leistungserbringung am Krankenhausstandort
- Triagierung aller Notfallpatienten:
 - **Alle** Notfallpatienten werden zuerst nach einem validierten System triagiert, danach in das geeignete Versorgungssystem gesteuert
- Qualifizierung des Personals:
 - Qualifizierung des Personals, abhängig vom Versorgungssystem:
 - Ärztliche Weiterbildung
 - Fachpflegeausbildung
- Qualität und Finanzierung des Systems:
 - Valide Datenerfassung, kostendeckende Vergütung, Qualitätsmanagement und Controlling

Lösungsvorschläge

Eine Nummer – eine gemeinsame Leitstelle

- Formaler Rahmen:
 - Trägerschaft
 - Berufsbild Leitstellendisponent
 - Qualitätskriterien:
 - 24/7
 - Beratung
 - Fachliche Supervision
 - Rechtssicherheit
 - *Gesetzliche Vorgabe*
 - **Auftrag Ministerium/ Senat → 90a Gremium**
- Zentraler Baustein: BERATUNG
- Handlungsspektrum (Reaktionsmöglichkeiten):
 - Rettungsdienst
 - Krankentransport
 - Mobile Pflege
 - „Semiprofessionelle“: Ersthelfer-App (Reanimation); Nachbarn/pflegende Angehörige
 - „Entscheider“ für Psychosoziale + Pflegerische Akutprobleme
 - Behörden

Verbesserung der Heimversorgung

- Ziel: Vermeidung KH-Aufenthalt
- Ärztliche Versorgung verstetigen
- Verbesserung Ausbildung Pflege
- Pflegeschlüssel
- Vernetzung + Finanzierung → politische Initiative!

IT-Vernetzung

- Ressourcen Notfallversorgung („IVENA“)
- Alarmierung RD → KH
- Verknüpfung Patientendaten
- Gemeinsames Register RD + Notaufnahme
- „IVENA“ BB +BE
- Fachexpertise
- Pilotprojekt
- Gesetzliche Regelung

Lösungsvorschläge

- Zugang ins System:
 - Eine Telefonnummer
 - Eine Anlaufstelle (Triage)
- Arbeitsteilung und vernetzte Strukturen
 - Schwerpunkte
 - Verpflichtung zur Teilnahme an Notfallversorgung für KV-Fachärzte
 - Notfallsprechstunde/ Sicherstellungsauftrag
 - Vernetzung
 - Definierte Kommunikationsstrukturen
- Telemedizinische Unterstützung
- Dezentralisierung und Delegation
 - Delegation/ Substitution Sanitäter/ Pfleger
 - Hochqualifizierte Pflegeberufe mit telemedizinischer Unterstützung
- Abfluss aus dem System
 - Abflusssteuerung

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2018 Notfallversorgung 2.0

Aktuelle Konzepte zur Notfallversorgung

Dr. med. Brigitte Wrede, MPH
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung,
Berlin

Notfallmedizin - medizinische Entwicklung

- Beispiel Schlaganfall: Entwicklung vom pflegezentriertem Vorgehen hin zum zeitkritischen Notfall
- Weitere Beispiele (Sepsis, Myokardinfarkt etc.)
- Notaufnahmen wandeln sich von Unfall-Ambulanzen zu interdisziplinären Diagnostik- und Behandlungseinheiten



2

Notfallmedizin – gesellschaftliche Entwicklung

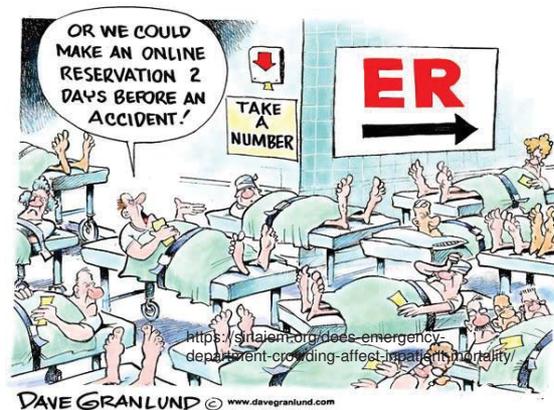
- nderung des Anspruchs der niedergelassenen Ärzte, demographische Entwicklung
- nderung des Anspruchs der Bevölkerung auf unmittelbare medizinische Abklärung von akuten Beschwerden



3

Notfallmedizin – Fokussierung auf Notaufnahmen

- Zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch Notfälle und Akutfälle
- Aufteilung (SGB V)
 - ambulante Notfallversorgung = KV
 - stationäre Notfallversorgung = Krankenhaus



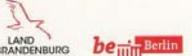
4

Bericht der Länder zur Notfallversorgung

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 

**Zwischenbericht der AG Notfallversorgung
der AG Krankenhauswesen der AOLG
„Notfallversorgung durch Krankenhäuser“**

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
am 11. November 2015

LAND BRANDENBURG 



Zukunftswerkstatt
Innovative Versorgung 2015
Notfallversorgung
11. November 2015

THE GERMAN CAPITAL REGION
excellence in life sciences & healthcare

5

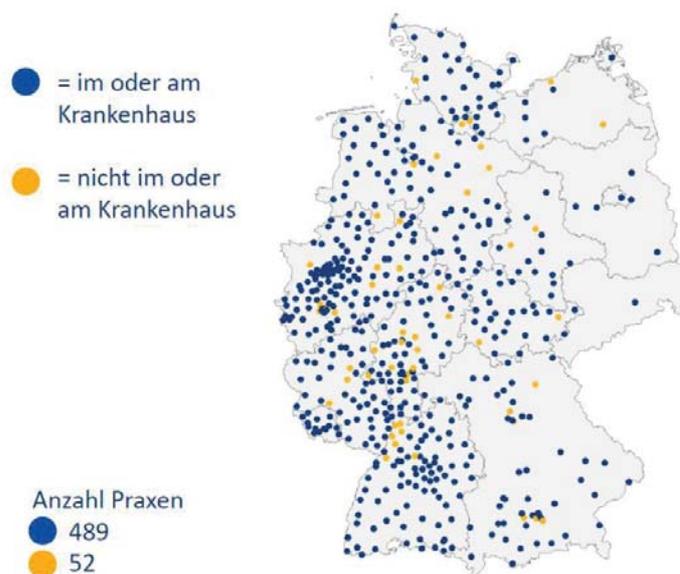
Was hat das Krankenhausstrukturgesetz für die Notfallversorgung gebracht?

Notdienstpraxen an Kliniken

- z.T. Entlastung der Notaufnahmen
- Teilweise noch dezentrale Notaufnahmen / KV-Praxen ohne Anbindung Notaufnahme
- Keine gemeinsame strukturierte Ersteinschätzung / Konflikte Zuständigkeit
- keine gemeinsame Ressourcennutzung, Doppelvorhaltung, Doppelabrechnungen
- Notfallversorgung bleibt aufgrund der Beteiligung unterschiedlicher Sektoren fragmentiert

6

Notdienstpraxen an Krankenhäusern



AQUA-Institut, eigene Recherche, Stand Juni 2016

7

Welche Lösungsmöglichkeiten werden diskutiert?

The collage features several key documents:

- Report 1 to TOP 11.3 of the 90. GMK:** Bericht der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG zur Notfallversorgung durch Krankenhäuser (Stand: 20.02.2017).
- GW Positionen:** Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Eif Thesen zur Reform der Notfallversorgung (SWF Position 958, 31. Mai 2017).
- Marburger Bund / KBV:** Integrative Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht - Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund.
- SVR:** Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland (Werkstattgespräch 7. September 2017, Berlin).

8

Bericht der Länder zur Notfallversorgung Federführung Berlin

Endbericht im Frühjahr 2017 einstimmig durch GMK gebilligt:

Report 1 to TOP 11.3 of the 90. GMK

Bericht der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG zur Notfallversorgung durch Krankenhäuser

Stand: 20.02.2017

„ (...sehen) die Länder dringenden Handlungsbedarf, die Notfallversorgung gesetzlich neu zu regeln und die Vergütung neu zu gestalten. Sie regen an, hierzu in der nächsten Legislaturperiode eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten“ (GMK-Votum 16:0:0)

9

Welche Lösungsmöglichkeiten werden diskutiert?



10

Lösungsmöglichkeiten

Patientensteuerung

- Vernetzte Leitstellen mit einer Notrufnummer / zwei verbundenen Notrufnummern
- Medizinische Beratung durch speziell geschultes Personal / Ärzte in Leitstellen
- Standardisierte Abfrage, z.B. SmED

11



<p>Zeitintervall: Sofort – 20 Minuten - später Sofort 30 60 90 120 Minuten</p> <p>Methodik: Vitalwerte, Hochrisikosituation, Ressourcen</p> <p>Geeignet für: Alle Patienten</p>	<p>Zeitintervall: Sofort ins Krankenhaus/Arzt Heute ins Krankenhaus/Arzt Keine Eile</p> <p>Methodik: Telefonat, Selbsteinschätzung</p> <p>Geeignet für: Kommunikationsfähige Patienten</p>
---	--

Prof. Dr. Harald Dormann, wissenschaftlicher Beirat SmED – Vortrag Europäischer Gesundheitskongress 26.10.2018

12

Lösungsmöglichkeiten

Patientensteuerung

- Vernetzte Leitstellen mit einer Notrufnummer / zwei verbundenen Notrufnummern
- Medizinische Beratung durch speziell geschultes Personal / Ärzte in Leitstellen
- Standardisierte Abfrage, z.B. SmED
- Konkrete Disposition von Patienten (SVR: Slots in Praxen, Palliativmedizin, Notfallzentren, Rettung)
- Keine Restriktion des Zugangs / keine Selbstbeteiligung

Lösungsmöglichkeiten

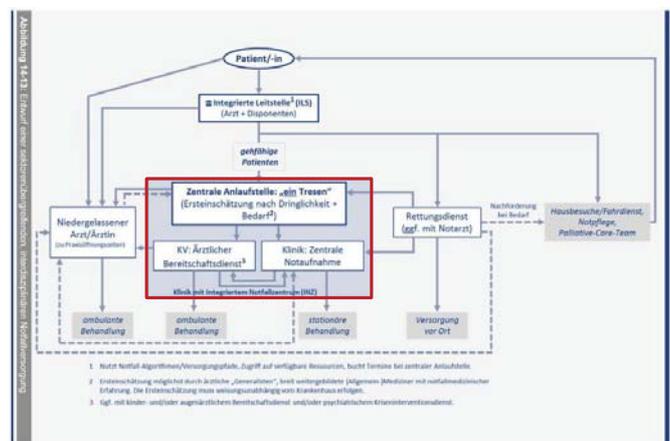
Integrierte Notfallzentren

- Eine Anlaufstelle im Notfall
- Wo sollen INZ betrieben werden - wer plant Standorte

14

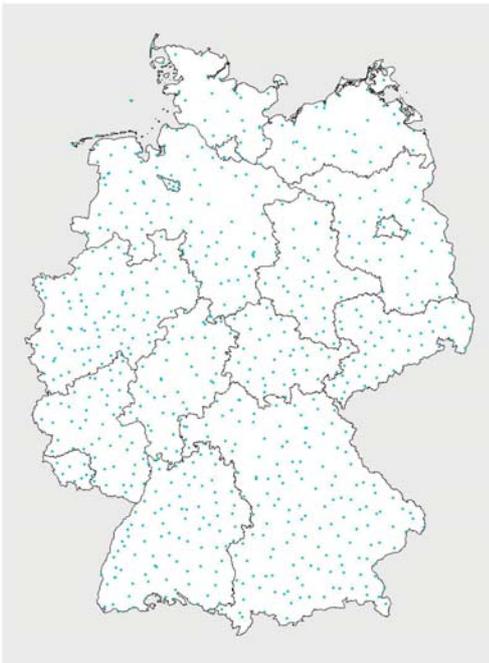
Sektorenübergreifende Planung – SVR Gutachten

- Sektorenübergreifende Planung der Notfallversorgung aus einer Hand
- Regionale Planung durch Landesgremien oder Länder selbst
- Kriterien: räumliche Abdeckung, Strukturqualität und Fallzahl



15

INZ an „realen Krankenhausstandorten“



„24/7“

„Reale Krankenhausstandorte“

Größe der INZ wurde anhand
bundesweiter EBM 1.2
Prävalenzraten geschätzt

Bei Split von „Megazentren“ über
170.000 ambulante Patienten pro
Jahr: 751 Standorte

Sektorenübergreifende Planung – Strukturqualität

- Strukturqualität bei der Auswahl der Krankenhäuser für sektorenübergreifende Notfallversorgung
 - Primär Teilnahme von KH mit dem breitem Versorgungsangebot und Erfüllung von Qualitätsanforderungen (umfassende, dann erweiterter Notfallversorgung nach GB-A Stufung bzw. Landeskrankenhausplan)
 - Patientenzahlen an einem Zentrum dürfen nicht zu hoch werden
 - In Krankenhäusern der Grundversorgung können telemedizinische Anbindungen die Strukturqualität verbessern

Sektorenübergreifende Planung – Strukturqualität

Stufung der Notfallversorgung – G-BA

- Zuschläge für Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung und umfassende Notfallversorgung, Abschlüsse für Nichtteilnahme
- Verschiedene Ausnahmen

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Erstfassung der Regelungen zu einem
gestuften System von Notfallstrukturen in Kran-
kenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Struktur- und Qualitätsvorgaben:

- Zentrale Notaufnahme, Schockraum, CT 24/7
- Ersteinschätzung mit strukturiertem und validiertem System innerhalb von 10 Minuten
- Eigene ärztliche Leitung mit Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ (wenn zu erwerben)
- Eigene pflegerische Leitung mit Zusatzqualifikation „Notfallpflege“
- Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie und 6 ITS Betten in Basis

18

Sektorenübergreifende Planung – Strukturqualität

- Strukturqualität in INZ / Notdienstpraxen?
 - Vertragsärzte müssen die Qualifikation haben, wesentliche Leistungen der Notfallversorgung zu erbringen – Wundversorgung, Röntgen etc.
 - Nur Allgemeinmediziner und Internisten?
 - Für 751 Zentren 4770 niedergelassene Ärzte in Vollzeit erforderlich (RWI Gutachten)

19

Lösungsmöglichkeiten

Integrierte Notfallzentren

- Eine Anlaufstelle im Notfall
- Wo sollen INZ betrieben werden - wer plant Standorte
- Behandlungsspektrum und Qualifikation (Stufung des G-BA)
- Gemeinsamer Tressen und Ersteinschätzung
- Gemeinsame Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte 24/7

20

Lösungsmöglichkeiten

Finanzierung

- Gemeinsames Budget für alle Notfälle
- Finanziell (und organisatorisch) eigenständiges Notfallzentrum
- Kostendeckung der Finanzierung
- Gemischte Finanzierung Vorhaltung/Fall
- Keine Abstufung des Entgelts nach Fallschwere?

21

Lösungsmöglichkeiten

Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2018

„Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankengesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen. Dazu sind Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen“

<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html>

22

Rettungsstelle, KV Notfallpraxis und deren Schnittstelle



Lösungsvorschläge und (geeignete) Maßnahmen

- Abschaffung der Sektorengrenzen:
 - Abschaffung der Sektorengrenzen in der Notfallversorgung
- Fusion der Sektoren mit gemeinsamem Budget:
 - Fusion der Sektoren mit Bildung eines „gemeinsamen Budgets“ für Notfallversorgung + Unabhängige Leistungserbringung am Krankenhausstandort
- Triagierung aller Notfallpatienten:
 - **Alle** Notfallpatienten werden zuerst nach einem validierten System triagiert, danach in das geeignete Versorgungssystem gesteuert
- Qualifizierung des Personals:
 - Qualifizierung des Personals, abhängig vom Versorgungssystem:
 - Ärztliche Weiterbildung
 - Fachpflegeausbildung
- Qualität und Finanzierung des Systems:
 - Valide Datenerfassung, kostendeckende Vergütung, Qualitätsmanagement und Controlling

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!



24

Thesen der Länder

(1) *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 erachtet*

- Patienten können die Dringlichkeit ihrer Beschwerden meist nicht einschätzen
- Eine Unterscheidung in ambulante und stationäre Notfälle ist „ex ante“ nicht möglich
- Der Zugang der Notfallversorgung muss niederschwellig sein

Thesen der Länder

(2) Für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung muss eine effiziente Patientensteuerung entwickelt werden

- Integrierte Leitstelle einschließlich Möglichkeiten einer telefonischen Beratung von Patienten und tagesgleicher Vermittlung von Terminen im niedergelassenen Bereich
- bessere ambulante ärztliche und pflegerische Versorgung von chronisch kranken Patienten („ambulant sensitive Diagnosen“)
- bessere ambulante ärztliche und pflegerische Versorgung von immobilen Patienten (z.B. in Alten- und Pflegeheimen)

Thesen der Länder

(3) Die Anlaufstellen für Notfallpatientinnen und -patienten müssen an oder in einem Krankenhaus lokalisiert und rund um die Uhr verfügbar sein

- Intersektorale Notfallzentren als zentrale Anlaufstelle für Notfälle aller Art
- Keine Fragmentierung der Notfallversorgung
- Können auch fachärztliche Notfallversorgung und Notfallversorgung mit den Mitteln des Krankenhauses sicherstellen
- Keine Doppelvorhaltungen durch Portalpraxen

Thesen der Länder

(4) Die Aufrechterhaltung des Sicherstellungsauftrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist zu überprüfen

- Intersektorale Notfallzentren erfüllen den regionalen Sicherstellungsauftrag der ambulanten Notfallversorgung

Thesen der Länder

(5) Bei einer Änderung des Sicherstellungsauftrags gilt es, auch die Budgethoheit in diesem Bereich zu übertragen

(6) Die Vergütung der Notfallversorgung muss neu justiert werden, hin zu einem einheitlichen, sektorenübergreifenden und kostendeckenden Vergütungssystem mit Vermeidung von Fehlanreizen

- neue Vergütungsmodelle in Analogie zu teilstationären DRGs sind zu definieren und zu kalkulieren, die als Brücke zwischen den Sektoren fungieren und Fehlanreize, z.B. zugunsten stationärer Aufnahmen, vermeiden

Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg: Erste Erkenntnisse aus dem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt

Dr. Martin Albrecht, IGES Institut

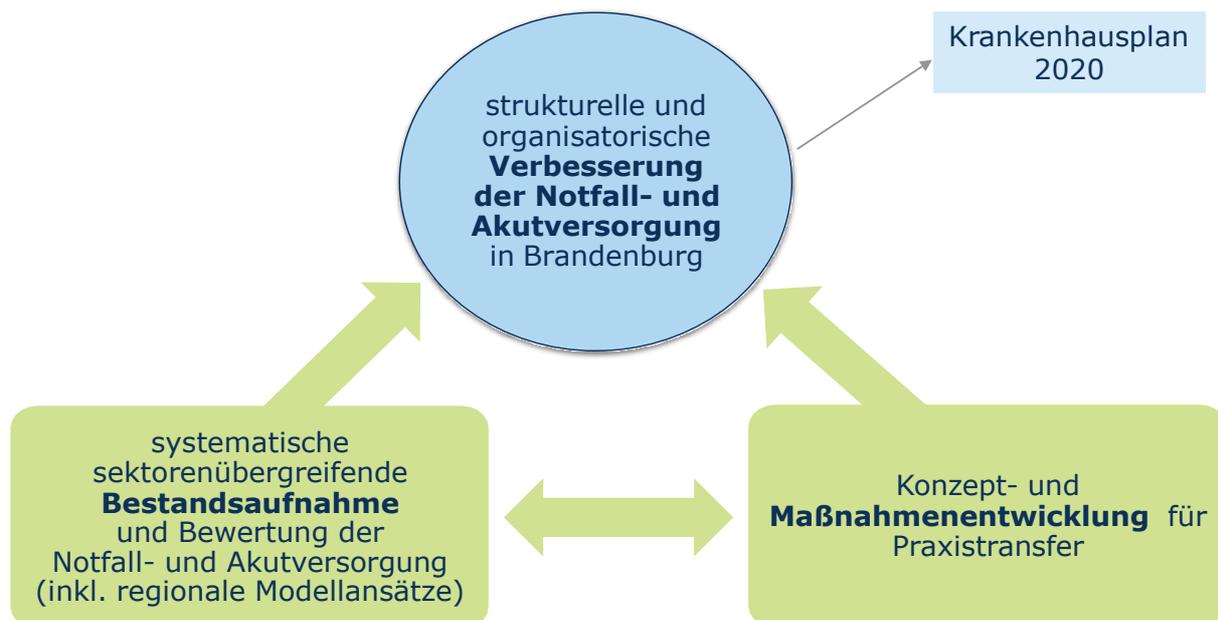
Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung – Notfallversorgung 2.0
Berlin, 6. November 2018

1.5.002

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

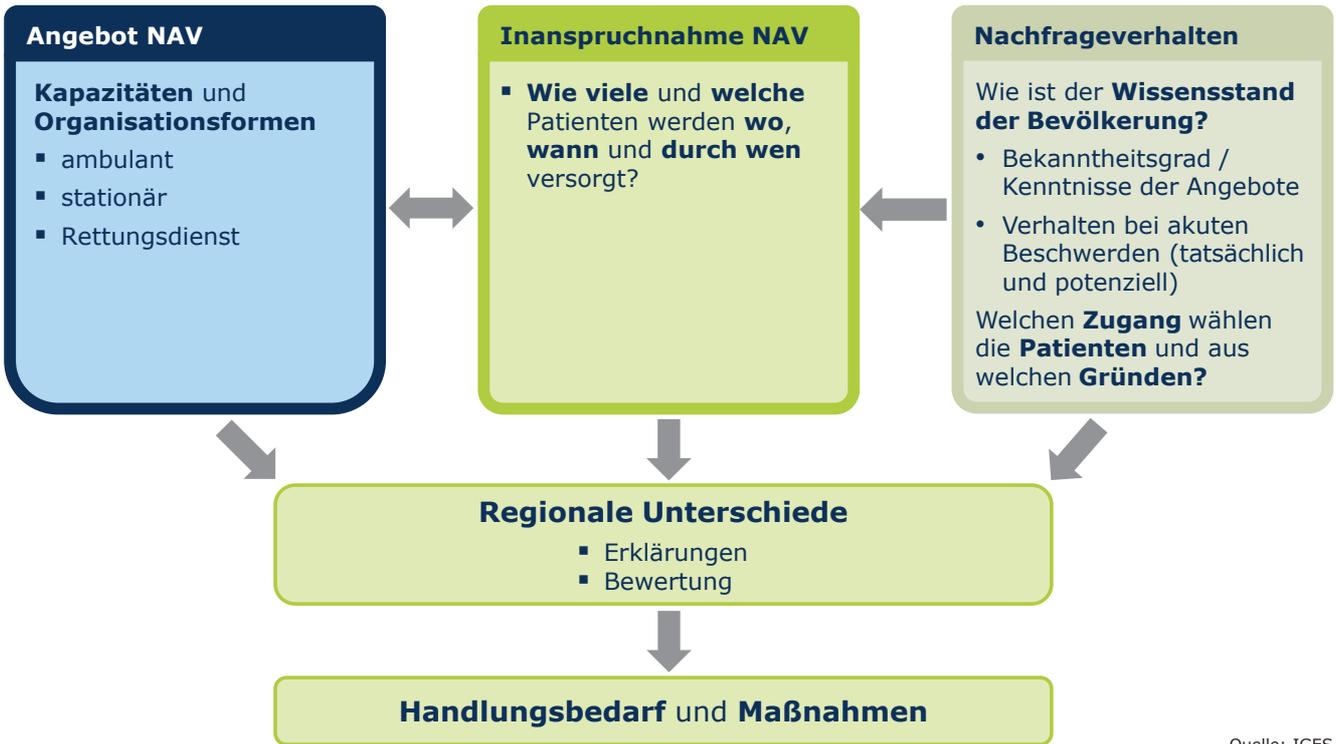
Projektziel

IGES



Quelle: IGES

1.5.002



Quelle: IGES

Bestandsaufnahme: Datengrundlagen

Sekundärdaten		Befragungsdaten
• Rettungsdienst	MIK, LGB	• Bevölkerung
• stationäre NAV	FDZ, LGB	• Patienten
• ambulante NAV	KV BB	• Einrichtungen
• sektorenübergreifend	Krankenkassen	

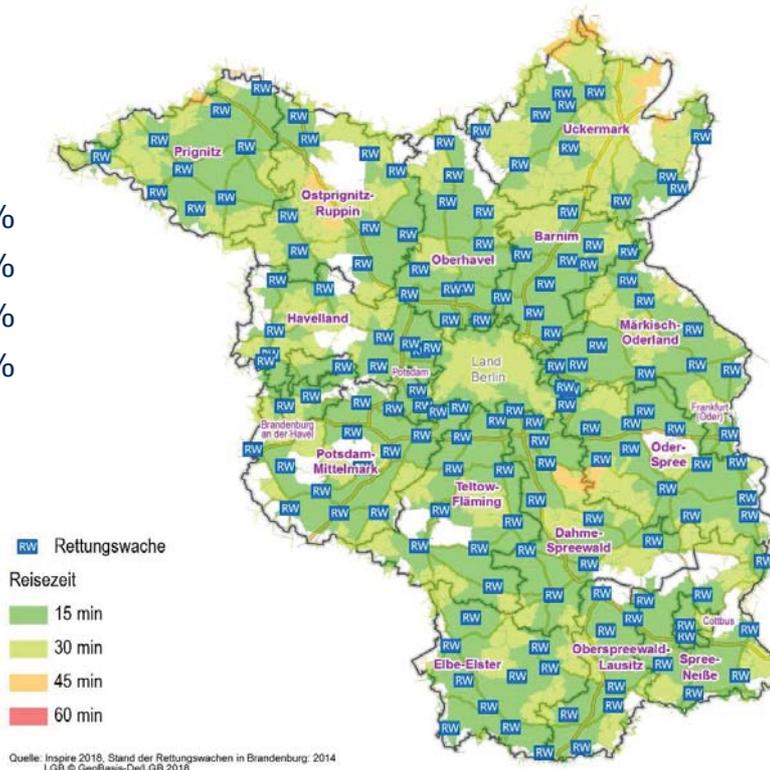
Quelle: IGES

Rettungsdienst

1.S.002

Fahrzeit von Rettungswachen für 97% der Einwohner 15 min

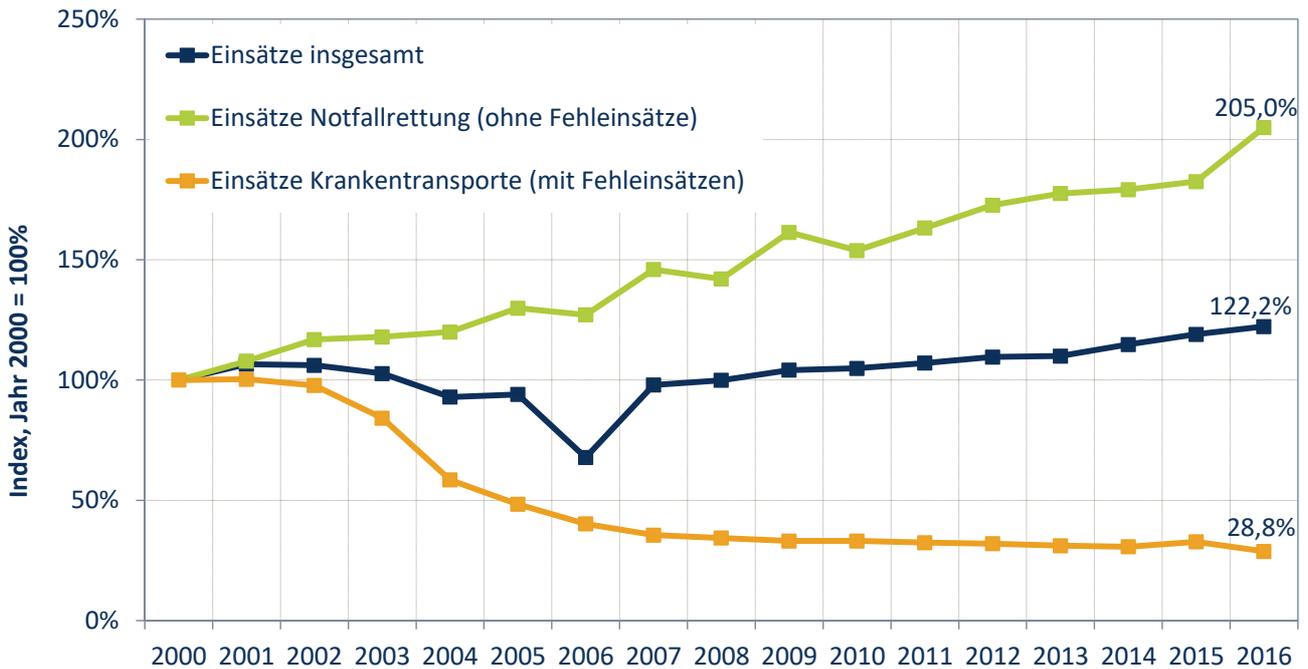
15 Min: 96,8%
 30 Min: 99,8%
 45 Min: 99,8%
 60 Min: 99,8%



Quelle: IGES auf Basis der LGB

1.S.002

Starke Zunahme der Notfallrettung in Brandenburg



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahr: 2000-2016

Rekrutierung von Notärzten ändert sich



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahre: 2008 und 2016

Stationäre Notfallversorgung

1.S.002

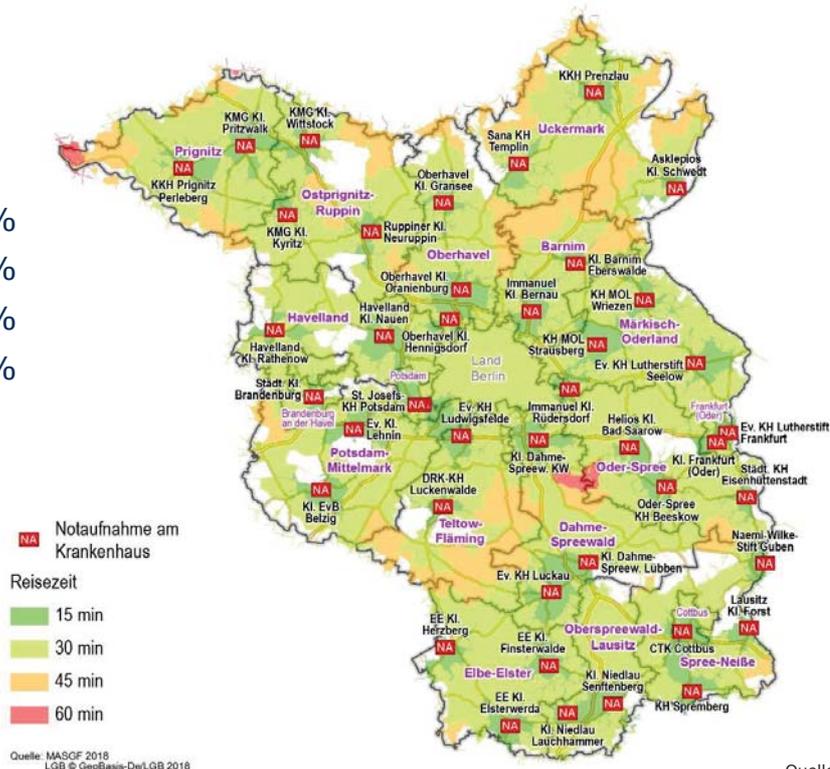
Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg (Innovationsfonds-Projekt)

07.11.2018

Seite 9

63% der Einwohner erreichen eine Notaufnahme innerhalb von 15 min

15 Min: 62,8%
 30 Min: 98,9%
 45 Min: 99,8%
 60 Min: 99,8%



Quelle: IGES auf Basis der LGB

1.S.002

Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg (Innovationsfonds-Projekt)

07.11.2018

Seite 10

Krankenhausfälle mit Aufnahmeanlass Notfall (2015)

Brandenburg	Krankenhausfälle mit Aufnahmeanlass Notfall
Behandlungsort	250.730
Patientenwohnort	278.808
Saldo (davon 93% mit Behandlungsort Berlin)	-28.078
Behandlungs- und Patientenwohnort	235.952
Anteil an allen Krankenhausfällen	47,5%
Anteil mit Aufnahme werktags tagsüber	41,1%
Anteil ≥ 70 Jahre	47,2%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des FDZ (DRG-Statistik)

Regionale Unterschiede: Notfallhäufigkeit und Altersstruktur (2015) IGES

Notfallhäufigkeit (je 1.000 Einw.)		0 bis 4 Jahre	5 bis 19 Jahre	20 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 49 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	70 bis 79 Jahre	80 bis 110 Jahre
95	Land Brandenburg	4,6%	6,3%	5,8%	6,2%	5,8%	11,6%	12,5%	23,2%	23,9%
99	Brandenburg an der Havel	6,8%	6,4%	7,3%	6,2%	5,6%	10,8%	11,6%	22,6%	22,8%
92	Cottbus			9,2%	8,1%	5,2%	10,1%	11,0%	18,9%	24,4%
108	Frankfurt (Oder)	6,5%	5,8%	7,0%	6,1%	5,0%	11,1%	11,4%	22,2%	24,8%
75	Potsdam	5,0%	5,5%	6,0%	7,6%	5,6%	9,6%	11,1%	22,4%	27,2%
73	Barnim	4,5%	5,9%	6,4%	6,4%	6,3%	11,9%	13,1%	23,0%	22,7%
94	Dahme-Spreewald	5,5%	6,8%	4,4%	5,9%	5,4%	11,1%	12,2%	24,0%	24,6%
135	Elbe-Elster	4,4%	5,4%	5,4%	5,7%	5,6%	11,4%	12,9%	25,6%	23,7%
91	Havelland	3,8%	7,0%	6,6%	6,6%	6,1%	12,5%	12,4%	23,9%	21,1%
85	Märkisch-Oderland	3,4%	4,6%	6,0%	6,9%	5,8%	12,8%	12,9%	22,9%	24,7%
74	Oberhavel	4,5%	4,6%	4,6%	5,1%	5,6%	11,5%	13,5%	25,0%	25,5%
118	Oberspreewald-Lausitz	5,1%	7,3%	6,0%	6,5%	5,6%	10,9%	12,1%	23,2%	23,3%
111	Oder-Spree	6,9%	8,8%	5,9%	6,1%	5,5%	10,8%	11,6%	22,0%	22,5%
114	Ostprignitz-Ruppin	2,7%	5,0%	6,5%	7,2%	6,3%	13,5%	13,2%	22,1%	23,4%
69	Potsdam-Mittelmark	4,2%	6,0%	5,1%	5,8%	5,9%	11,9%	12,9%	23,1%	25,1%
126	Prignitz			5,2%	4,9%	5,7%	12,5%	12,7%	23,7%	26,2%
109	Spree-Neiße	2,7%	5,2%	4,6%	5,8%	6,7%	12,5%	13,8%	24,1%	24,6%
98	Teltow-Fläming	5,3%	7,6%	6,1%	6,4%	6,0%	11,3%	11,7%	22,8%	22,9%
117	Uckermark	3,5%	5,6%	5,6%	5,0%	6,2%	12,8%	14,1%	24,2%	23,1%

- Kreise mit hoher Notfallhäufigkeit: Anteile höherer Altersgruppen überdurchschnittlich hoch (Bsp. Prignitz, Spree-Neiße, Elbe-Elster)
- aber nicht immer (z.B. Oder-Spree, Oberspreewald-Lausitz)

Quelle: IGES auf Basis von Daten des FDZ (DRG-Statistik)

Notaufnahmen und Arztdichte

Städte und Landkreise in Brandenburg (2015)

	Anteil Notaufnahmen werktags tagsüber	Ärztdichte	
		Hausärzte	allg. Fachärzte
Brandenburg	41,1%	63,6	67,4
Brandenburg an der Havel	34,5%	63,2	57,6
Cottbus	39,9%	69,0	131,0
Frankfurt (Oder)	43,3%	66,7	76,7
Potsdam	43,4%	63,7	120,8
Barnim	37,1%	61,2	53,4
Dahme-Spreewald	43,0%	62,5	52,4
Elbe-Elster	42,9%	72,1	62,7
Havelland	43,8%	60,3	53,7
Märkisch-Oderland	39,2%	59,6	60,3
Oberhavel	43,2%	63,6	53,7
Oberspreewald-Lausitz	45,7%	62,5	64,5
Oder-Spree	40,2%		
Ostprignitz-Ruppin	38,6%	65,1	67,1
Potsdam-Mittelmark	39,1%		
Prignitz	41,2%	72,0	72,6
Spree-Neiße	40,9%	63,1	57,0
Teltow-Fläming	41,8%	60,8	55,8
Uckermark	39,0%	61,2	68,3

Erwartung:

überØ Anteil Notaufnahmen während Praxisöffnungszeiten

+ unterØ Arztdichte

- Havelland
- Dahme-Spreewald
- Oberhavel (allg. FÄ)
- Teltow-Fläming

Gegenbeispiele:

- Barnim
- Brandenburg (Stadt)
- Uckermark

Quelle: IGES auf Basis von Daten des FDZ (DRG-Statistik)

Ärztdichte = Anzahl Vertragsärzte IST in Bedarfsplanungsgewichten je 100.000 Einwohner (Quelle: KV Brandenburg)

Administrative vs. charakteristische Notfälle

Fälle mit Aufnahmeanlass „N“

- keine medizinische Definition, sondern Indikator für Art des Zugangs
- Information über Notfallcharakter nur eingeschränkt valide
 - z.B. dringliche Einweisung durch Vertragsarzt (in der Arztpraxis festgestellter Herzinfarkt)
 - Fälle mit Zugang über Notaufnahme, aber elektivem Charakter

Klassifizierung von Diagnosen nach Notfall- vs. elektivem Charakter anhand weiterer Indikatoren

- Messung der Dringlichkeit v.a. anhand dokumentierter Zeiten

ICD	Charakteristische Notfalldiagnosen (Brandenburg 2015)	Anzahl Fälle BB	Anteil „N“
I214	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4.109	67,9%
I634	Hirninfrakt durch Embolie der Hirnarterien	2.268	85,0%
S721	Pertrochantäre Fraktur	2.062	86,1%
S720	Oberschenkelhalsfraktur	2.053	69,5%
I635	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose der Hirnarterien	2.005	74,3%
N179	Akutes Nierenversagen. Nicht spezifiziert	1.793	75,0%
I633	Hirninfrakt durch Thrombose von zerebralen Arterien	1.611	76,5%
A415	Sepsis aufgrund anderer gramnegativer Organismen	1.449	81,2%
I638	Andere Hirninfrakte	1.002	77,2%

Quelle: IGES auf Basis von Krämer et al. 2017 und Daten des FDZ (DRG-Statistik)

Administrative vs. charakteristische Notfälle

Städte und Landkreise Brandenburgs (2015)

	Häufigkeit administrativer Notfälle (je 1.000 Einw.)	Abweichung vom Bevölkerungsanteil	Häufigkeit TOP25 charakteristischer Notfalldiagnosen-Fälle (je 1.000 Einw.)	Abweichung vom Bevölkerungsanteil
Brandenburg an der Havel	99	0,1%	13	0,7%
Cottbus	92	-0,1%	9	-0,3%
Frankfurt (Oder)	108	0,3%	11	0,3%
Potsdam	75	-1,4%	8	-1,3%
Barnim	73	-1,7%	9	-0,9%
Dahme-Spreewald	94	-0,1%	9	-0,5%
Elbe-Elster	135	1,8%	11	0,5%
Havelland	91	-0,2%	8	-1,7%
Märkisch-Oderland	85	-0,8%	10	-0,4%
Oberhavel	74	-1,9%	9	-0,9%
Oberspreewald-Lausitz	118	1,1%	14	1,6%
Oder-Spree	111	1,2%	13	2,2%
Ostprignitz-Ruppin	114	0,8%	11	0,5%
Potsdam-Mittelmark	69	-2,3%	8	-1,7%
Prignitz	126	1,0%	12	0,5%
Spree-Neiße	109	0,7%	12	0,8%
Teltow-Fläming	98	0,2%	9	-0,5%
Uckermark	117	1,1%	12	1,1%
Brandenburg	95		10	

Quelle: IGES auf Basis von Daten des FDZ (DRG-Statistik)

Versorgung Schlaganfall (Notaufnahmen)

ICD-OPS-Kombinationen nach Altersgruppen (2015)

Notaufnahmen ICD	OPS	Altersgruppe	Notfälle insg.	Notfälle mit OPS	Anteil
I61 od. I62.9 od. I63 od. I64	3-200 (CT) und/oder 3-800 (MRT)	< 80 Jahre	4.254	1.669	39,2%
		≥ 80 Jahre	2.300	647	28,1%
	8-981 od. 8-98b (neurologische Komplexbehandlung)	< 80 Jahre	4.254	3.021	71,0%
		≥ 80 Jahre	2.300	1.599	69,5%
I63 od. I64	8-020.8 (systemische Thrombolyse)	< 80 Jahre	3.841	485	12,6%
		≥ 80 Jahre	2.070	248	12,0%
I61 od. I62.9 od. I64	5-01 (In-/Exzision) od. 5-02 (andere OP)	< 80 Jahre	465	61	13,1%
		≥ 80 Jahre	256	7	2,7%

I61	Intrazerebrale Blutung
I62.9	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung, intrakranielle Blutung (atraumatisch), nicht näher bezeichnet.
I63	Hirninfarkt
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Quelle: IGES auf Basis von Daten des FDZ (DRG-Statistik)

Maßnahmen und Modellansätze

1.5.002

Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg (Innovationsfonds-Projekt)

07.11.2018 Seite 17

Reorganisation des KV-Bereitschaftsdienstes

- Einrichtung Ärztlicher Bereitschaftspraxen an Klinikstandorten
 - als primäre Versorgungsform im BD, Einsatzärzte subsidiär
 - derzeit 9, Ziel: 20
- KV-Koordinierungsstelle disponiert 116 117-Anrufe, in Pilotregionen mit Option der Weiterleitung an 112

Anrufe 116 117 (Pilotregion, Q2/2017-Q2/2018)	Anzahl	Anteil
insgesamt	5.225	
Verbleib Koordinierungsstelle, davon:	3.668	70,2%
ÄBP		33,3%
Auskunft		21,3%
112		11,9%
Hausarzt		3,7%
Weitergabe an Einsatzarzt, davon:	1.557	29,8%
tel. Beratung		16,7%
Hausbesuch		10,1%
Leichenschau		2,9%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

1.5.002

Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg (Innovationsfonds-Projekt)

07.11.2018 Seite 18

IGES Institut
Dr. Martin Albrecht

www.iges.com

1.5.002

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung Notfallversorgung 2.0

CHARITÉ

UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

*Was kann die Versorgungsforschung zur
Neuorganisation der Notfallversorgung
beitragen?*

Martin Möckel, Antje Fischer, Polina Kova, Anna Stäglich

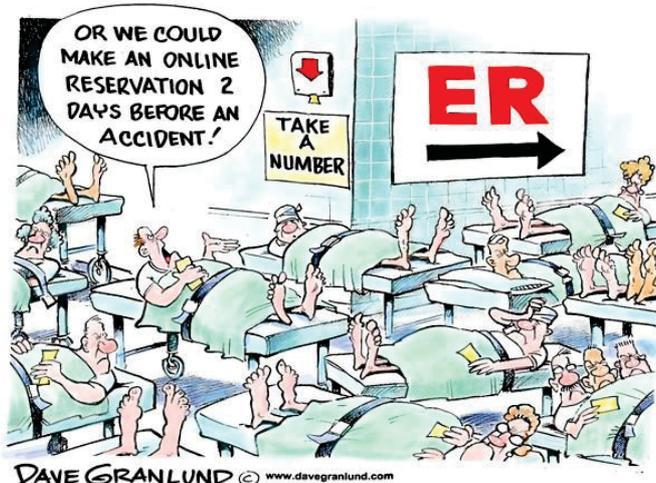
08.11.2019

Das Problem: Überfüllung der Notaufnahmen („Crowding“), durch wen eigentlich?

Die Lösung: Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland untersuchen (INDEED)

Die Herausforderungen

Das Ergebnis



- Ein relevanter Anteil von Patienten wird in der Notaufnahme ambulant behandelt und pauschal als vermeidbare Inanspruchnahme interpretiert
- Oftmals werden diese Patienten als „Bagatellfälle“ diffamiert – woher wissen wir das eigentlich?

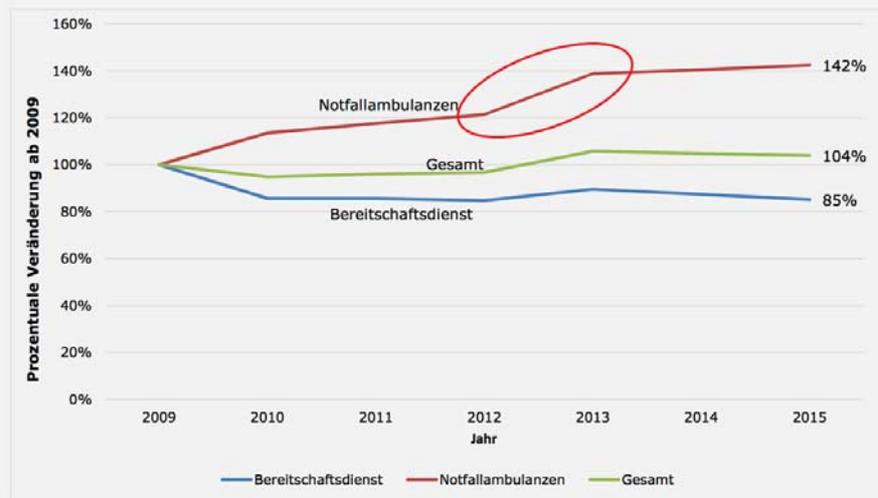
Quelle: <https://sinaiem.org/does-emergency-department-crowding-affect-inpatient-mortality/>

Analyse steigender Fallzahlen in der ambulanten Notfallversorgung anhand von Abrechnungsdaten der KBV

Berlin, der 06.10.2017

Philip Wahlster, Thomas Czihal, Bernhard Gibis, Cornelia Henschke

- Zunahme sektorenübergreifend auf 104%
- deutliche Verschiebung zwischen Sektoren



DKVF, 4.-6.10.2017

Vergleich verschiedener Definitionen Von „Hausarztpatienten“ in der ZNA

2 Number of general practice-type patients presenting to emergency departments, calculated by four commonly used methods

Year	Total	ACEM		Sprivulis ⁶		Diagnosis*		AIHW	
		No.	95% CI	No.	95% CI	No.	95% CI	No.	95% CI
2009	164 352 [†]	16 905 (10.6%)	10.3%–10.6%	15 984 (9.7%)	9.5%–10.0%	17 888 (11.1%)	10.9%–11.2%	43 452 (26.4%)	26.2%–26.7%
2010	175 721 [‡]	19 140 (11.1%)	10.9%–11.3%	15 741 (9.0%)	8.7%–9.2%	19 127 (11.0%)	10.8%–11.3%	44 495 (25.3%)	25.1%–25.6%
2011	192 056 [§]	21 877 (11.6%)	11.3%–11.8%	18 151 (9.5%)	9.2%–9.7%	21 242 (11.2%)	11.0%–11.4%	48 041 (25.0%)	24.8%–25.2%

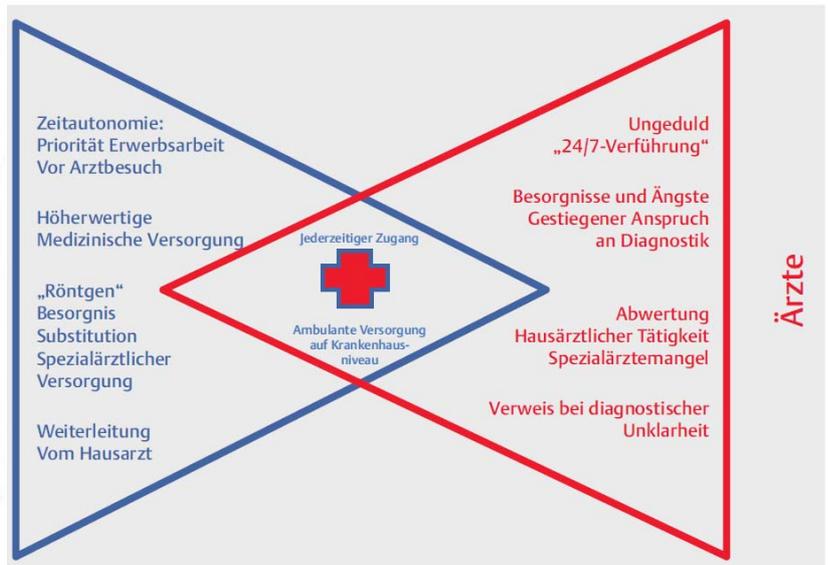
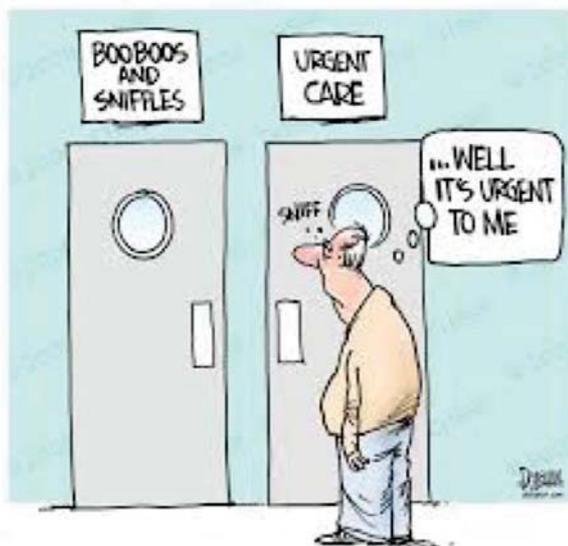
ACEM = Australasian College of Emergency Medicine, AIHW = Australian Institute of Health and Welfare. * Method developed by the Tasmanian Department of Health and Human Services. † Data missing in 2009 for 4673 patients for the ACEM method, four patients for the Sprivulis method, 3192 patients for the diagnosis method, and two patients for the AIHW method. ‡ Data missing in 2010 for 3181 patients for the ACEM method, three patients for the Sprivulis method, 2161 patients for the diagnosis method, and one patient for the AIHW method. § Data missing in 2011 for 2728 patients for the ACEM method, three patients for the Sprivulis method, 2234 patients for the diagnosis method, and one patient for the AIHW method. ◆

Nagree Y, Camarda VJ, Fatovich DM et al. The Medical Journal of Australia, 2013

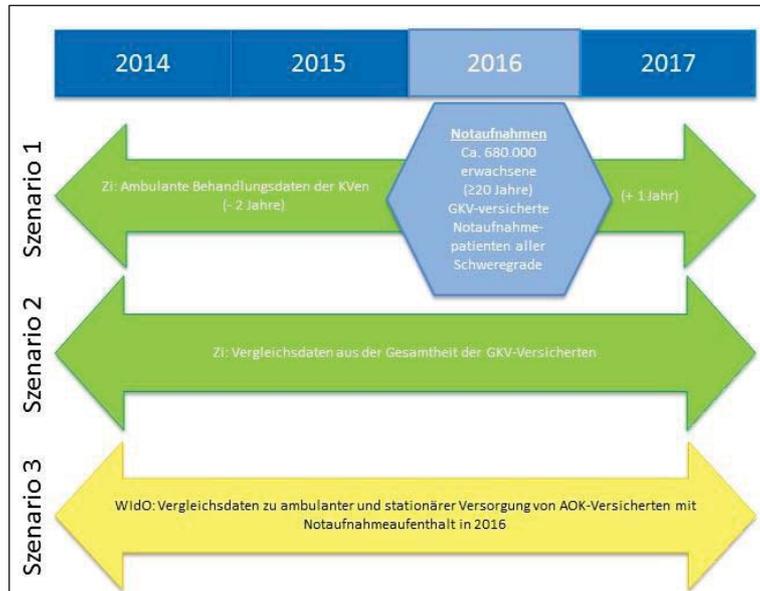
Bedeutung der Notaufnahme für die ambulante medizinische Versorgung in einer ruralen Region in Sachsen-Anhalt: Qualitative Befragung von Patienten und Hausärzten

Besorgnis	
Patienten	Ärzte
<p>„(als) ich heute früh mit meinem Freund aufgestanden bin, ich d dann schon gemerkt habe, das das dann rechtsseitig weh tut, an der Brust so, beim Ein- und Ausatmen, ich mir dann auch erstmal nicht schlüssig war, ich dann erst mal in die Apotheke gegangen bin, mir was gegen Husten und so zu holen, es dadurch aber noch schlimmer wurde“ (PAT02).</p> <p>„Ja, also ich achte sehr auf meinen Körper (...). Es ist die Psyche und es ist schon nichts weiter‘ und ähm ich soll auf deutsch nicht übertreiben, und dann hat er (der Hausarzt) aber gemerkt, dass es wirklich schlimmer wird und</p>	<p>„Also zum Teil sind es ja Panikreaktionen, weil es die Patienten zum Teil nicht besser wissen, wenn die irgendwie eine Interkostalneuralgie haben, denken sie halt, sie haben einen Herzinfarkt und dann gehen sie aber hin“ (Ä06).</p> <p>„Und da hat man so das Gefühl, naja gut, manchmal sind es so übervorsichtige, die mit dem, wenn da der Blutdruck ein bisschen höher ist“ (Ä02).</p> <p>„Die Masse der Patienten macht sicher nicht sowas mutwillig und sagt jetzt ‚ich geh bewusst dahin, da hab‘ ich’s besser,‘ das denke ich nicht. Es bestimmt ja immer irgendeine Not, irgend einen Grund“ (Ä05).</p>

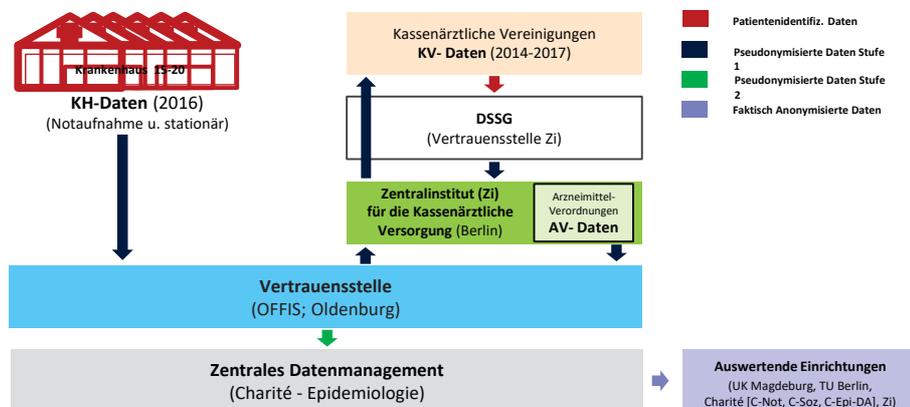
Schmiedhofer M et al. Bedeutung der Notaufnahme Dtsch Med Wochenschr



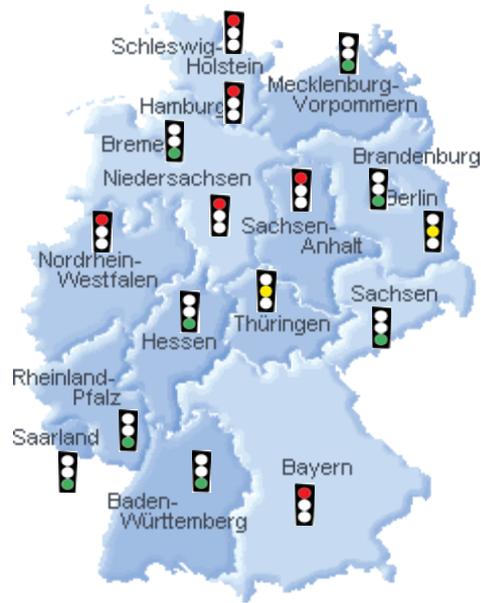
Schmiedhofer M et al. Bedeutung der Notaufnahme Dtsch Med Wochenschr



Förderkennzeichen:
01NVF16028



Die Herausforderungen – Datenschutz



<http://1.bp.blogspot.com/.../deutschlandkarte24.gif>

Gründe für die Nichtteilnahme:

	personelle Umstrukturierungen	zu wenig Geld	nicht machbar durch Datenschutz	IT nicht kooperativ	Kapazität	Elektronische Dokumentation nicht ausreichend	Problem Geschäftsführung	Kommunikationsproblem
1	x							
2			x					
3	x	x						
4		x						
5	x							
6					x			
7						x		
8	x			x				
9								x
10			x					
11			x					
12							x	
13						x		
14						x		

- Häufigkeiten/Einflussfaktoren auf die adäquate/ inadäquate/ vermeidbare Inanspruchnahme
- Versorgungsmuster vor und nach Aufenthalt dem Aufenthalt in der ZNA
- Was vermittelt einen ungünstigen Verlauf?
- Leitliniengerechte Versorgung und Inanspruchnahme?
- Spezifische Patientengruppen

Was kann die Versorgungsforschung zur Neuorganisation der Notfallversorgung beitragen?

- Genaue Kenntnis der versorgten Patienten
- Grundlage für gezielte Interventionen
- Erhöhung der Patientensicherheit und Zufriedenheit
- Grundlage für adäquate Steuerung
- Förderung einer Patienten zentrierten Sicht auf der Basis zutreffender Daten!

Impressum

Herausgeber

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital
c/o Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Fasanenstraße 85
10623 Berlin
info@healthcapital.de
www.healthcapital.de

Dokumentation, redaktionelle Bearbeitung und Layout

AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
Kaunstraße 21
14163 Berlin

Bildnachweise

Titel: Bauklötze: Shutterstock – PopTika; Grafik: Shutterstock - Illerlok_Xolms; Hubschrauber: Shutterstock - Jaromir Chalabala

Veranstaltungsfotos: © Wirtschaftsförderung Brandenburg/ David Marschalsky
Abbildungen 1 und 2: eigene Darstellung

Kontakt

Handlungsfeldmanagement des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“
Antonia Jung, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, Tel.: 030 46302 521, Mail: antonia.jung@berlin-partner.de
Bastian Kuhse, Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH, Tel.: 0331 73061 258, Mail: bastian.kuhse@wffb.de

© Alle Rechte vorbehalten April 2019



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln des Landes Berlin und des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung durch die Investitionsbank Berlin..



HealthCapital
BERLIN BRANDENBURG



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln des Landes Berlin und des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung durch die Investitionsbank Berlin.