

Wo landen wir?

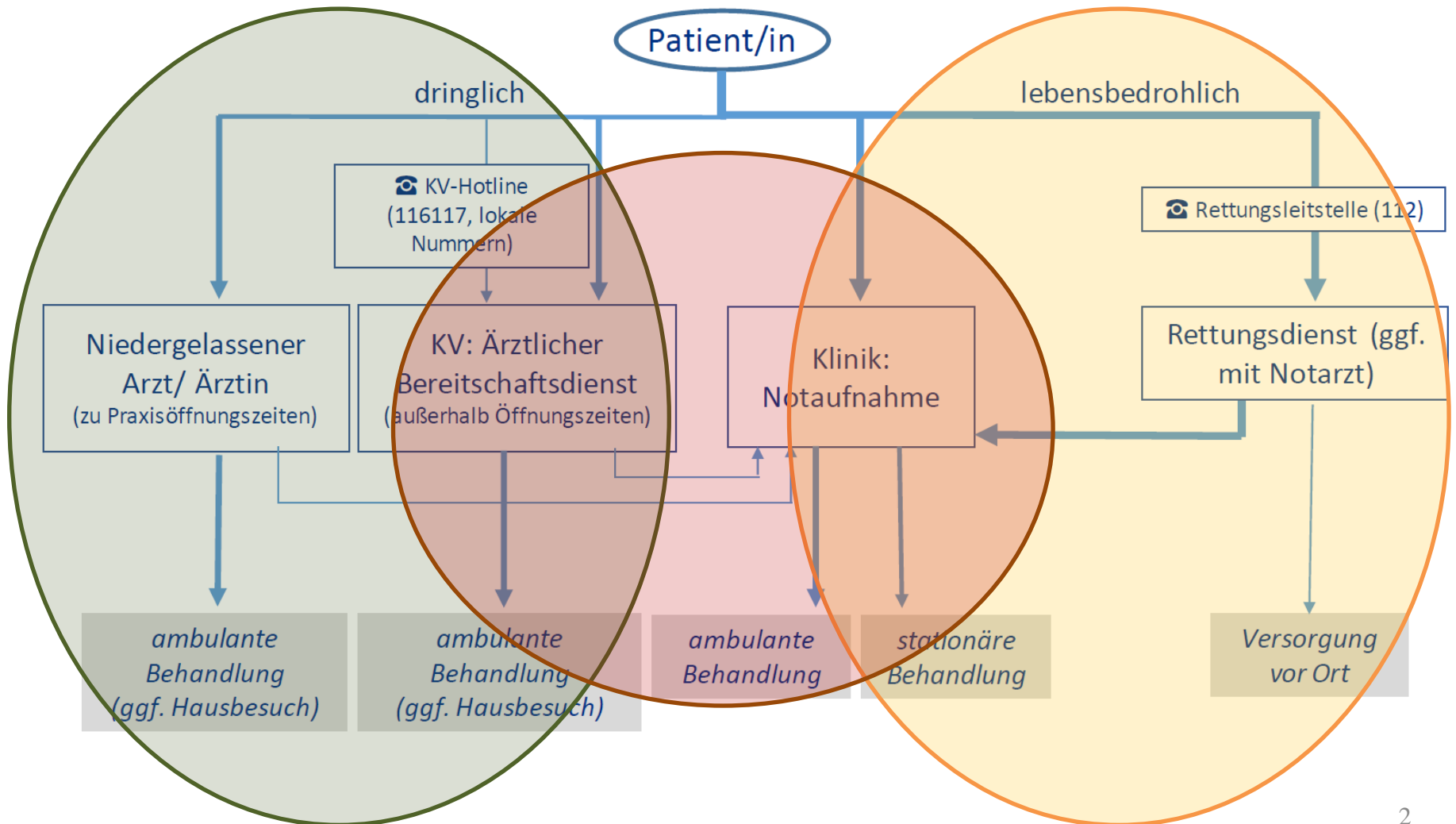
Bedarfsplanung und Versorgung mit Gesundheitsleistungen in Krankenhaus und Präklinik

Prof. Dr. Steffen Gramminger

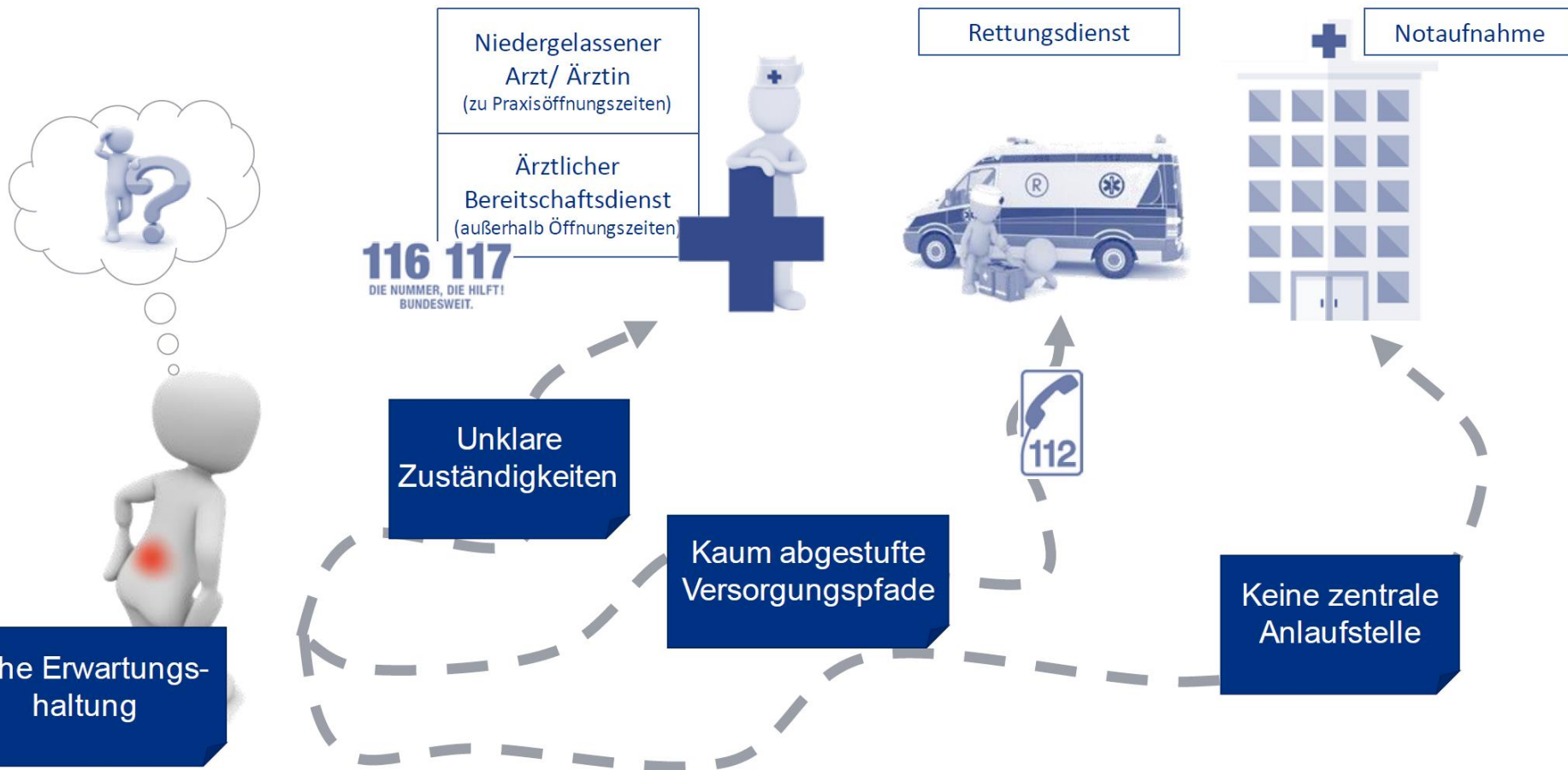
Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.

Geschäftsführer – Schwerpunkt Medizin, Qualität und Finanzierung

Versorgungswege aus der Sicht der Planung

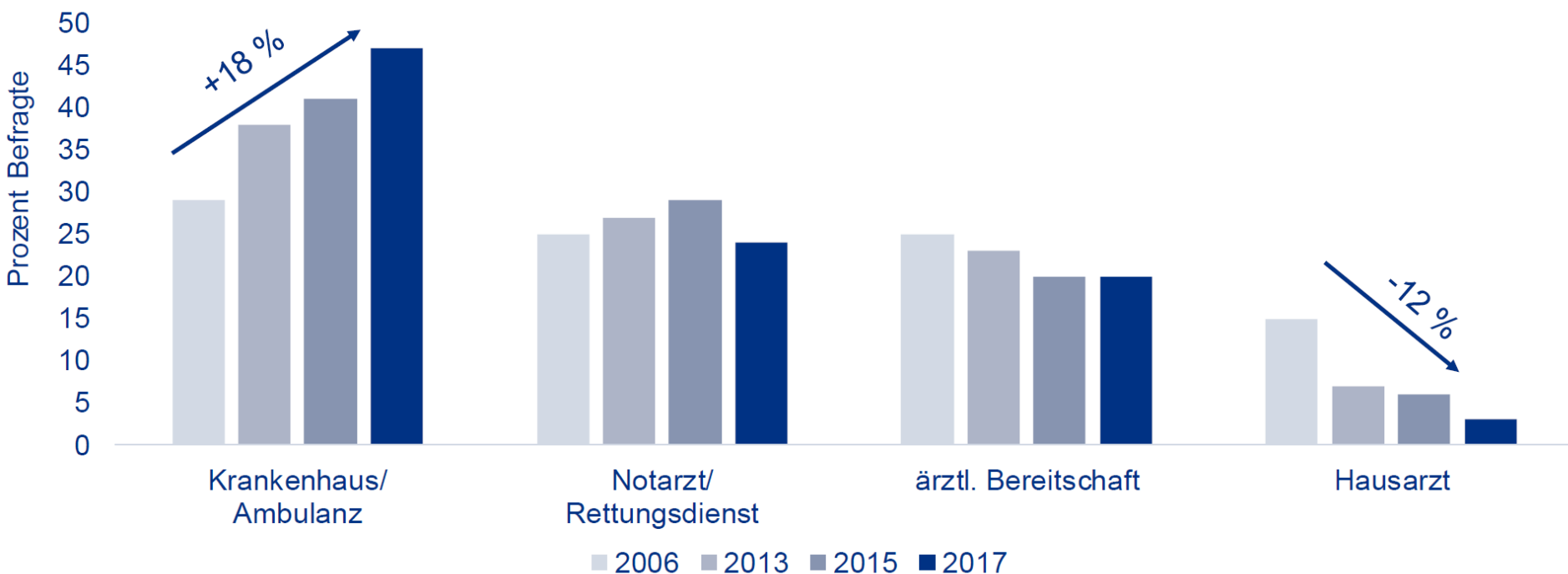


Versorgungswege aus der Sicht des Patienten



...die Folgen

„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“



Quelle: Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013, 2015 und 2017

- Zahlreiche Umfragen (Krankenhausgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, Fachgesellschaften)
- Zahlreiche Erkenntnisse aber auch gegenseitige Vorwürfe

- Falsche Patienten am falschen Ort (fehlende Patientenlenkung)
- Mangelnde Transparenz und fehlende Informationen
- Unterfinanzierung der ambulanten Notfallbehandlung
- Mangelnder Bekanntheitsgrad der ÄBDZ und der ZNA
- Mangelnde Kapazitäten und mangelnde Bereitschaft
- Keine Weiterleitung der ZNA von ambulanten Patienten
- Wirtschaftliche Motivation der KH möglichst volle ZNA zu haben (stat. Maßnahmen!)



Eine gute
Notfallversorgung
ist eine
sektorenübergreifende
Herausforderung

Die starke Abschottung der Leistungsbereiche steht einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen

(Quelle: SVR-Gutachten 2018)



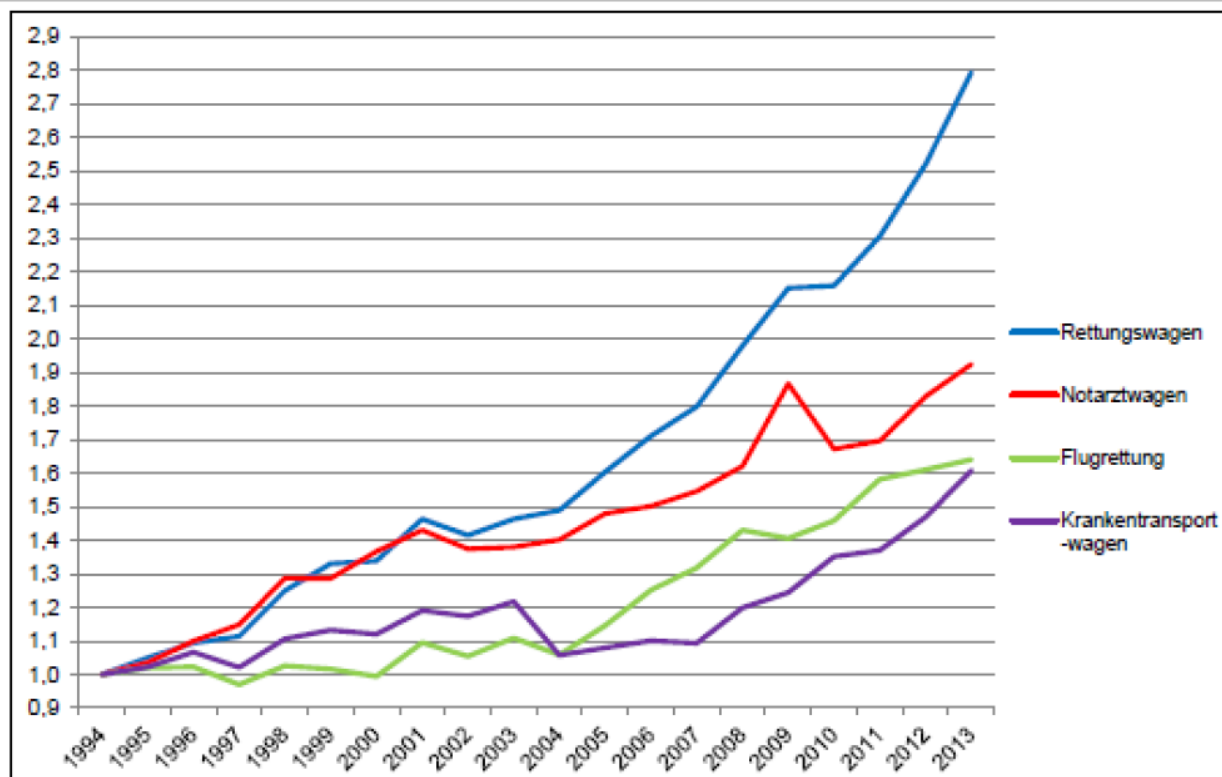
- Unzureichende Kooperation
- Unangemessene Kapazitäten
- Fehlende Anreize
- Sicherung der „Töpfe“
- Sektorendenken

**Wo wird es deutlicher
als
in der Notfallversorgung?**

Die gesamte Notfallkette muss betrachtet werden

Bundesweite Entwicklung

Inanspruchnahme Versorgungsebene Rettungsdienst



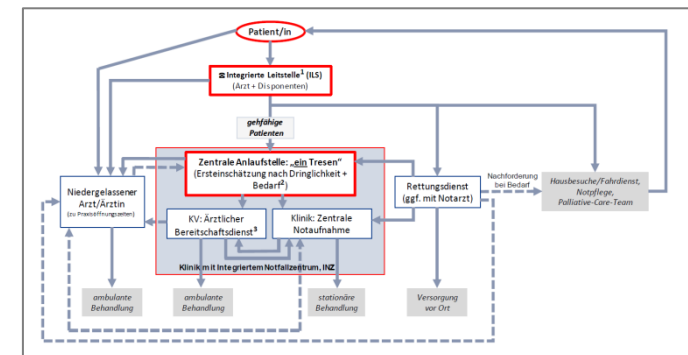
Indexierte Entwicklung der Einsatzzahlen der Transportmittel für Rettungsfahrten und Krankentransporte für GKV-Versicherte (1994 - 2013; 1994 = 1); Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der GKV-Statistik (KG2 und KJ1)

Innovationsfond

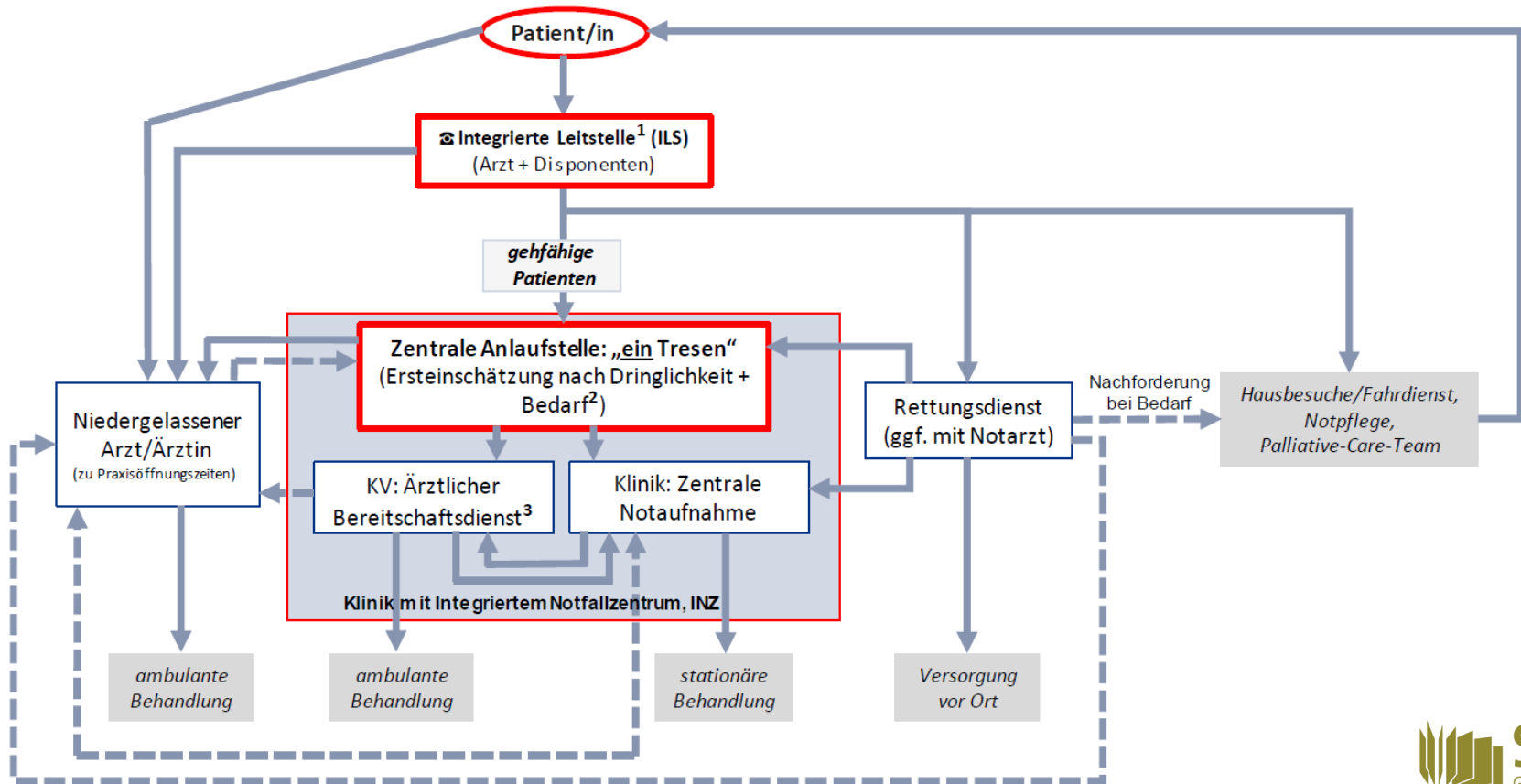
- DEMAND – Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung
- Effiziente Nutzung KV-/und KH-ressourcen
- Laufzeit 3 Jahre, Förderung 3,7 Mio.
- SmED (strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland)

Sachverständigenrat (Begutachtung zur Entwicklung im Gesundheitswesen)

- Patientenwege in der Notfallversorgung
- Entwurf der integrierten Notfallversorgung



Zahlreiche Thesenpapiere und Aktivitäten



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

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

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

Landesgremium nach §90a SGB V zur sektorenübergreifende Versorgung

- Arbeitsausschuss sektorübergreifende Notfallversorgung
- Machbarkeitsstudie über Möglichkeiten der Übertragbarkeit über international verfügbare Systemansätze einer Notfallversorgung auf den regionalen Kontext in Hessen
- Auftrag an die Universität Maastricht
- Beginn August 2017
- Ergebnispräsentation September 2018
- Schriftlicher Abschlussbericht steht noch aus

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Aufbau einer Stabsstelle IVENA auf Landesebene und Aufbau eines landesweit einheitlichen Dokumentations- und Berichtswesens zur Notfallversorgung
- Einführung eines aufeinander abgestimmten telefonischen Triage-Systems für Rettungsleitstelle und Dispositionszentralen durch Implementierung von Advanced Priority Dispatch System (AMPDS) und Emergency Communication Nurse System (ECNS)
- Erprobung der Einbeziehung der ambulanten Akutversorgung in IVENA
- Erprobung gestaffelter Rettungsdienstsysteme (Reaktionsmöglichkeiten) unter Einbeziehung telemedizinischer Anwendungen (Telenotarzt) und der ambulanten Akutversorgung

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Technische Vernetzung von Rettungsleitstellen (Leitstellenverbund/virtuelle Leitstelle)
- Schrittweise Umsetzung des „gemeinsames Tresens“ in Notaufnahmen nach dem Vorbild Höchst
- Nach Bewertung des Arbeitsausschusses decken sich die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie inhaltlich mit den Erkenntnissen des SVR-Gutachtens

Die Universität Maastricht empfiehlt, diese Bausteine jeweils in regionalen Modellprojekten pilothaft umzusetzen

Sitzung des gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V am 05.11.18

- Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V beauftragt den Arbeitsausschuss im Rahmen der Empfehlungen der Machbarkeitsstudie die nächsten Schritte abzustimmen und umzusetzen
- Hierzu gehört u.a. die Entwicklung und Initiierung von ausgewählten regionalen Modellprojekten zur Erprobung der in der Machbarkeitsstudie unterbreiteten Empfehlungen

- Telefontriage
- „Gemeinsamer Tresen“
- IVENA

Rettungsleitstellen
müssen bei der weiteren
Entwicklung besser
integriert werden

Koalitionsvertrag

- Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankengesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen
- Dazu sind Notfallstellen und integrierte Notfallzentralen aufzubauen
 - Sachverständigenrat: Begutachtung zur Entwicklung im Gesundheitswesen !

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Notfallversorgung

- Bisher Fehlanzeige

ÄrzteZeitung

Print
App
Newsletter

Politik Krankheiten Fachbereiche Praxis & Wirtschaft Panorama R

Sie befinden sich hier: Home » Politik & Gesellschaft » Notfall- und Katastrophen-Versorgung

Ärzte Zeitung online, 02.07.2018

☆☆☆☆☆



Sachverständigenrat

Notfallversorgung soll über "Integrierte Notfallzentren" laufen

Jetzt entbrennt die Debatte um die Reform der Notfallversorgung. Die Gesundheitsweisen haben ein wegweisendes Projekt vorgestellt. Ärzte zeigen sich skeptisch.

Von Anno Fricke



Kommentieren (0)



Könnten bald Geschichte sein: Die Notaufnahme in Kliniken und der ärztliche Bereitschaftsdienst. Geht es nach dem Sachverständigenrat, sollten beide zusammengelegt werden.

© Holger Hollemann / dpa / picture alliance

BERLIN. Die Notfallversorgung in Deutschland steht vor einer Zäsur. Voraussichtlich schon in der laufenden Legislaturperiode könnten der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser plus Rettungsdienst in "Integrierten Notfallzentren" zusammengelegt werden, in die Integrierte Leitstellen Patienten steuern.

"Die Politik signalisiert, dass das schnell gehen kann", sagte der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Professor Ferdinand Gerlach, am Montag in Berlin.

Gerlach stellte gemeinsam mit seinen Ratskollegen das Gutachten "Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung" vor.

Sowohl die Länder als auch das Bundesgesundheitsministerium räumten dem Projekt hohe Priorität ein, sagte Gerlach. "Gerade die Notfallversorgung müssen wir auf neue Füße stellen", sagte Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) am Montag bei der Übergabe des Gutachtens.

Niedergelassene und Klinikärzte unter einem Dach

"Pilot- und Eisbrecherprojekt" für die sektorenübergreifende Versorgung soll laut Gerlach die Reform der Notfallversorgung werden.

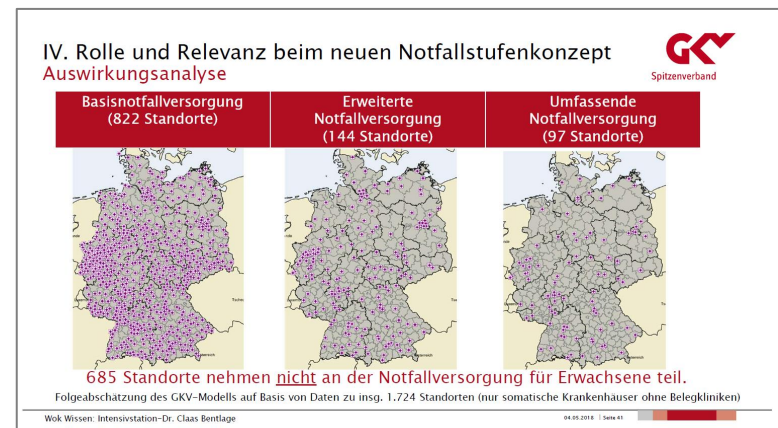
Erstmals sollen niedergelassene Ärzte und Klinikärzte unter einem Dach zusammenarbeiten, mit einer einheitlichen Vergütung und unter den Vorgaben einer einheitlichen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung, dazu mit einer gemeinsam digital abgestimmten Dokumentation, lautet die Vision der Gutachter.

Lesen Sie auch:

[70 Empfehlungen für eine bessere Gesundheitsversorgung](#)
[Kommentar: Der Weg der Weisen](#)

Bundespolitik

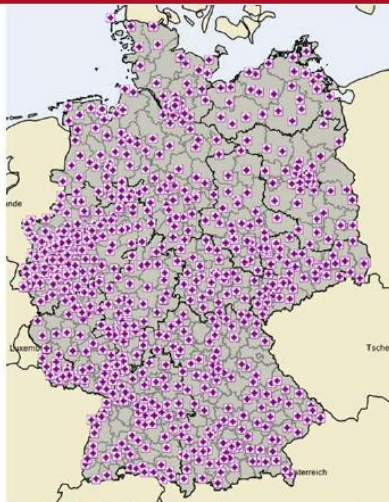
- Klare Favorisierung von integrierten Notfallzentren
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Notfallversorgung“ angekündigt
- Gestuftes System von Notfallstrukturen
 - Basisnotfallversorgung (Innere und Chirurgie)
 - Erweiterte Notfallversorgung (Kat. A = 4 oder Kat. A und Kat. B = 2+2)
 - Umfassende Notfallversorgung (Kat. A = 7 oder Kat. A und Kat. B = 5+2)
 - Veränderung der Landkarte von Notfallambulanzen in Krankenhäuser



IV. Rolle und Relevanz beim neuen Notfallstufenkonzept Auswirkungsanalyse



**Basisnotfallversorgung
(822 Standorte)**



**Erweiterte
Notfallversorgung
(144 Standorte)**



**Umfassende
Notfallversorgung
(97 Standorte)**



685 Standorte nehmen nicht an der Notfallversorgung für Erwachsene teil.

Folgeabschätzung des GKV-Modells auf Basis von Daten zu insg. 1.724 Standorten (nur somatische Krankenhäuser ohne Belegkliniken)

Land Hessen

- Arbeitsausschuss sektorenübergreifende Notfallversorgung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V
- Fortführung und Ausarbeitung der Machbarkeitsstudie
- Festlegung eines regionalen Modellversuchs
- Ausbau des Modells „Frankfurt Höchst“

Hessen ist auf guten Weg

- AA intersektorale Notfallversorgung (Machbarkeitsstudie)
- AA Bedarfsplanung intersektoral
 - Notfallstufenkonzept (KH)
 - Gutachten im Auftrag des G-BA (neue Verhältniszahlen nach med. Bedarf)
- Modellprojekte

Aber die zu bohrende Bretter sind dick

- Telefontriage (System, Leitstellen, ÄBDZ, 112 und/oder 116117,...)
- Einbeziehung Rettungsdienststellen (IVENA, ILS, Telefontriage,...)
- Gestaltung des „gemeinsamen Tresens“ (Personal, Verantwortlichkeiten, Qualifikation,...)
- Einbindung Vertragsärzte (Haus-/ und Fachärzte)
- Finanzierung (???)
- Notwendiges Fachpersonal (Chance und Risiko)
- ...



**Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit**