

Effizienzsteigerung in der Notfallversorgung und der Rettungsdienst

Dr. David Herr

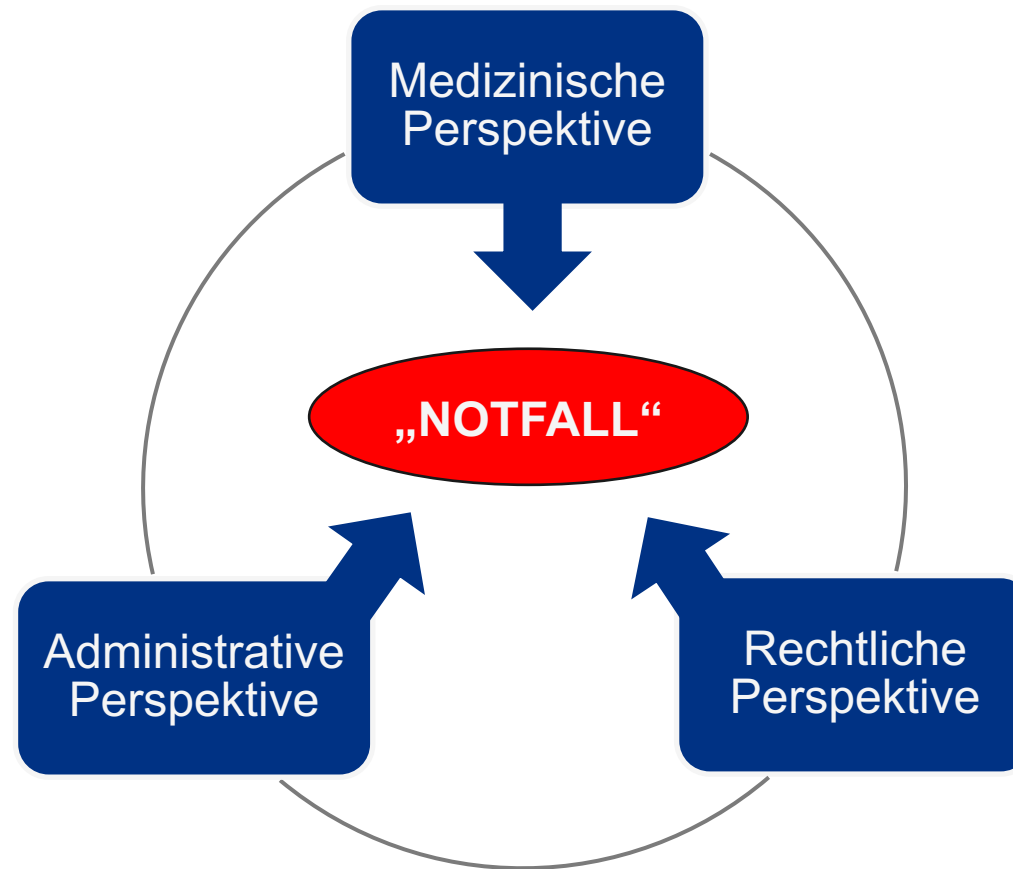
Geschäftsstelle des Sachverständigenrats
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

*DRK-Rettungsdienstsymposium 2018
Hohenroda, 15. November 2018*

- **Was meint hier „Notfallversorgung“?**
- **Status quo der Notfallversorgung in Deutschland**
 - Veränderung der Inanspruchnahme von Rettungsdienst & Notaufnahmen
- **Jüngere Entwicklungen in der Notfallversorgung im In- und Ausland**
- **Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland**
 - Das Konzept des SVR zur Notfallversorgung
 - Empfehlungen des SVR zum Rettungsdienst
- **Zusammenfassung**

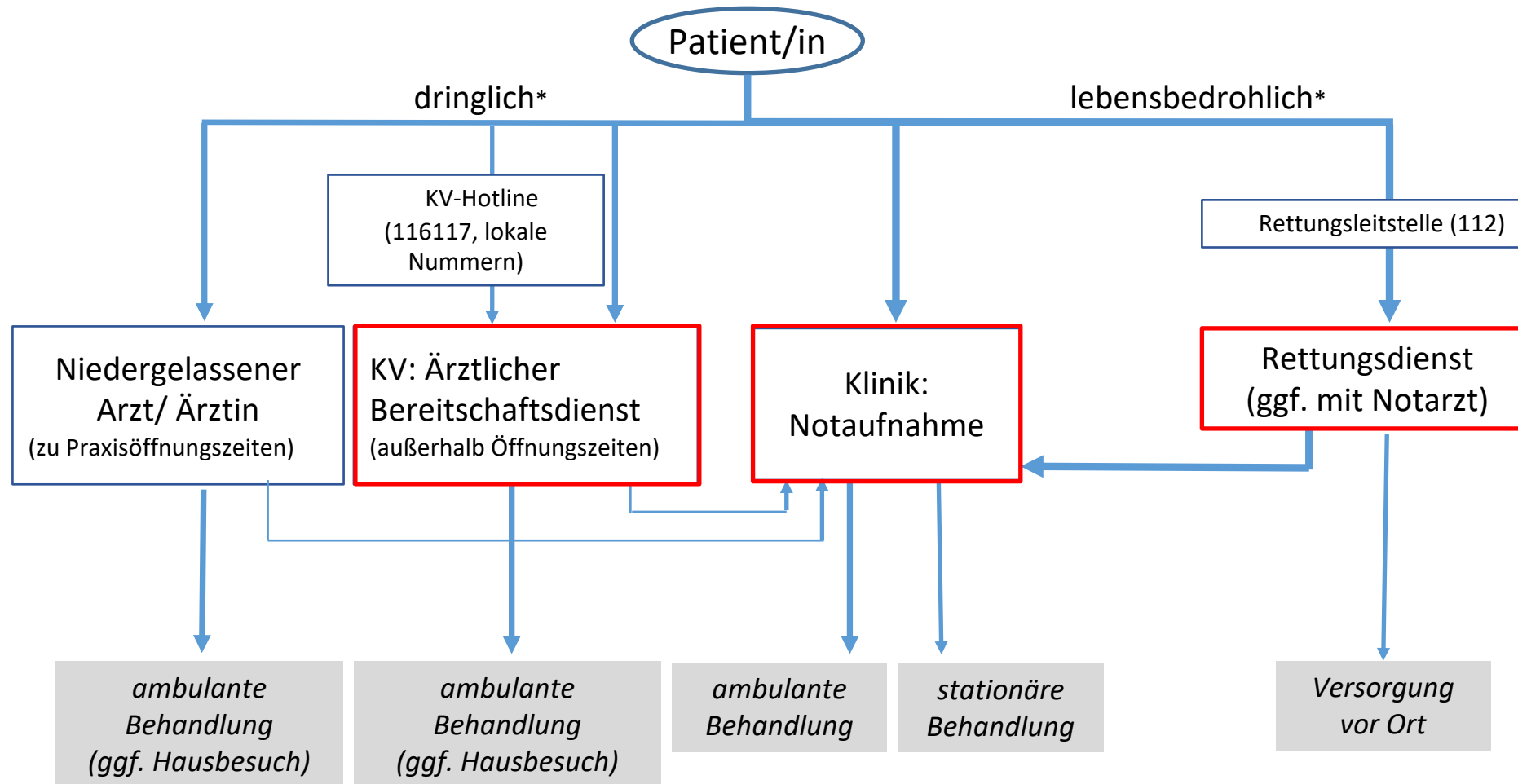
Was meint hier „Notfallversorgung“?

Der Begriff „Notfall“ wird aus unterschiedlichen Perspektiven sehr heterogen definiert



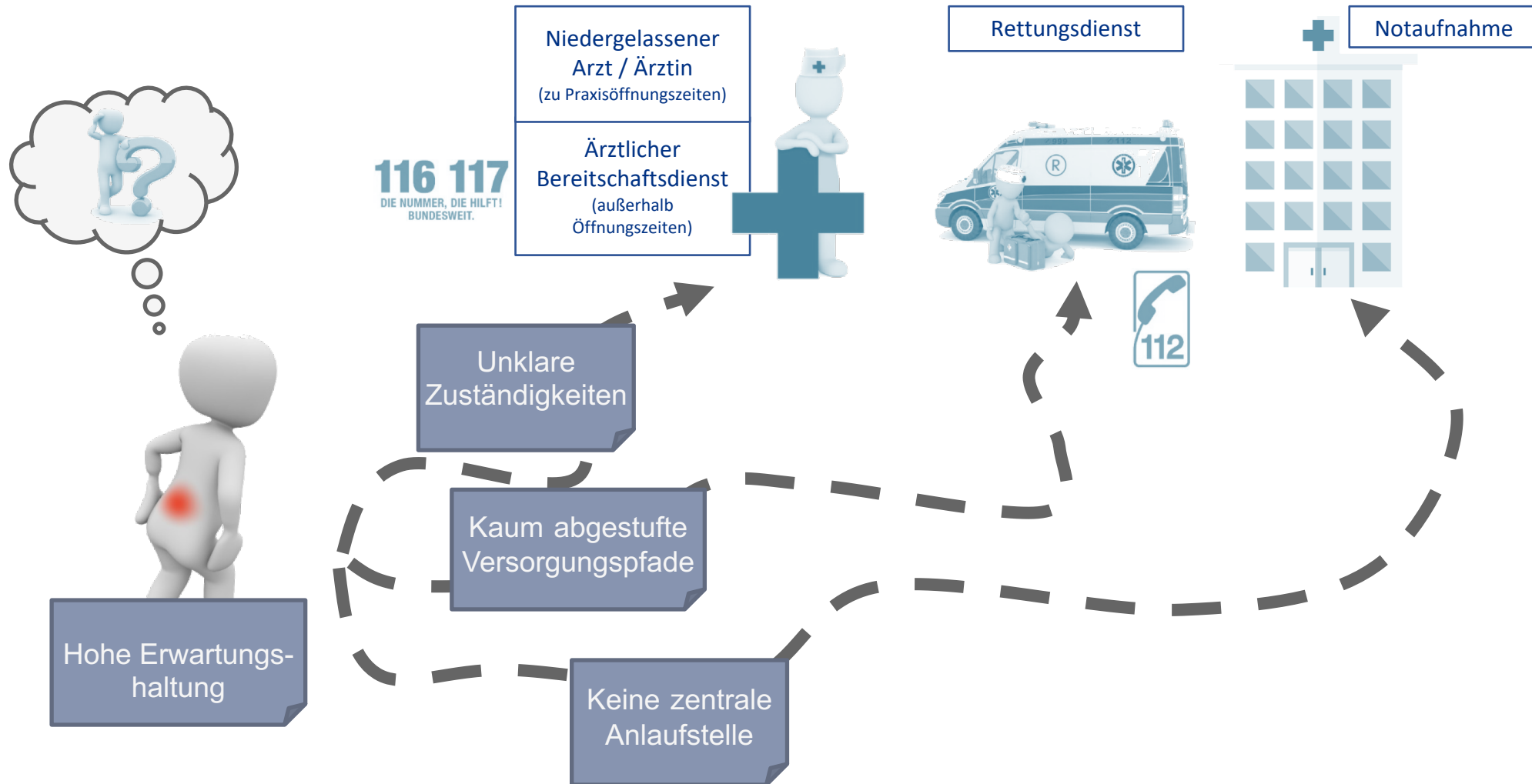
Quelle: modifiziert nach Wahlster 2018

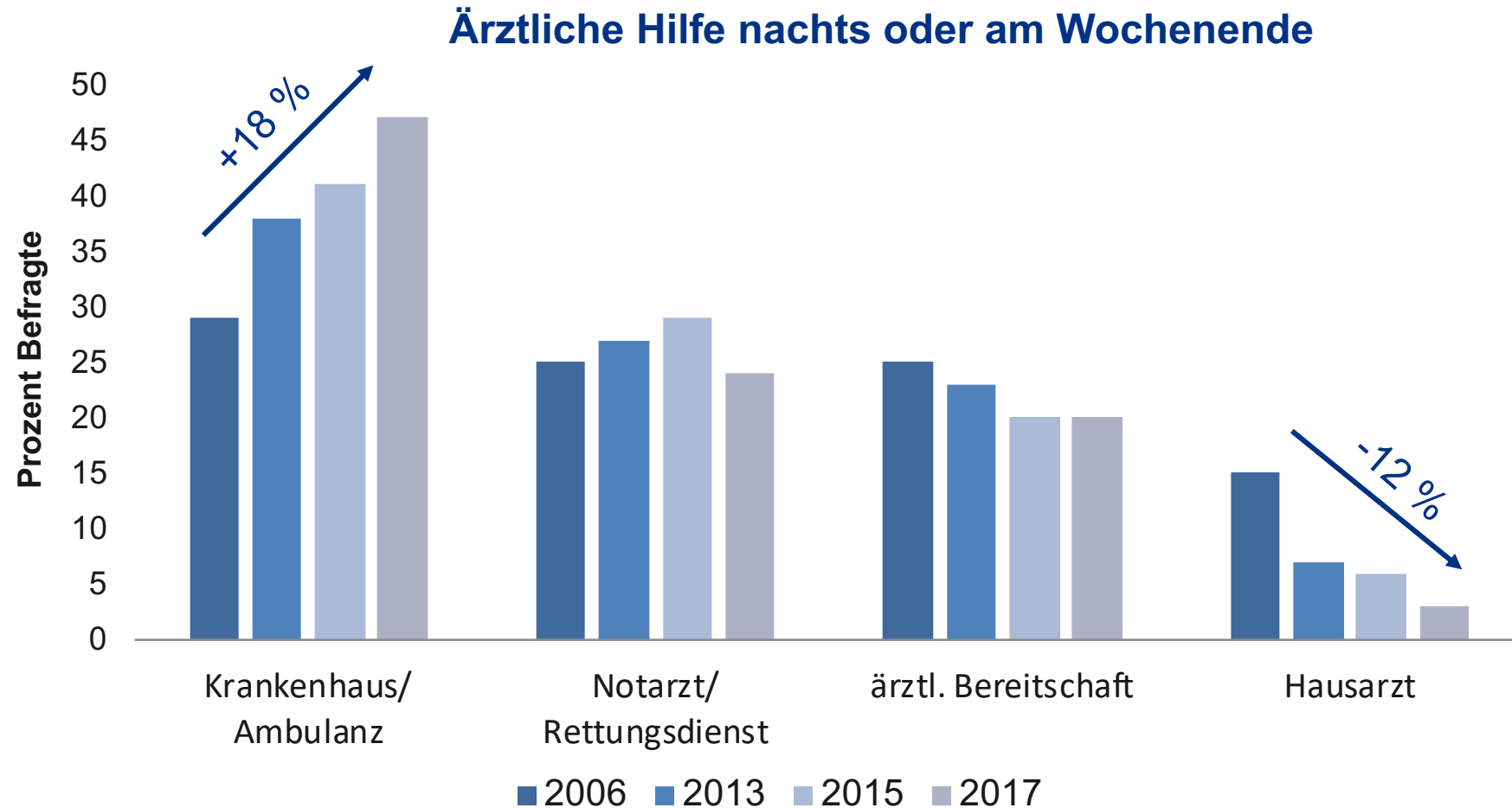
Status quo der Notfallversorgung in Deutschland



* Selbsteinschätzung seitens des Patienten/Dritter

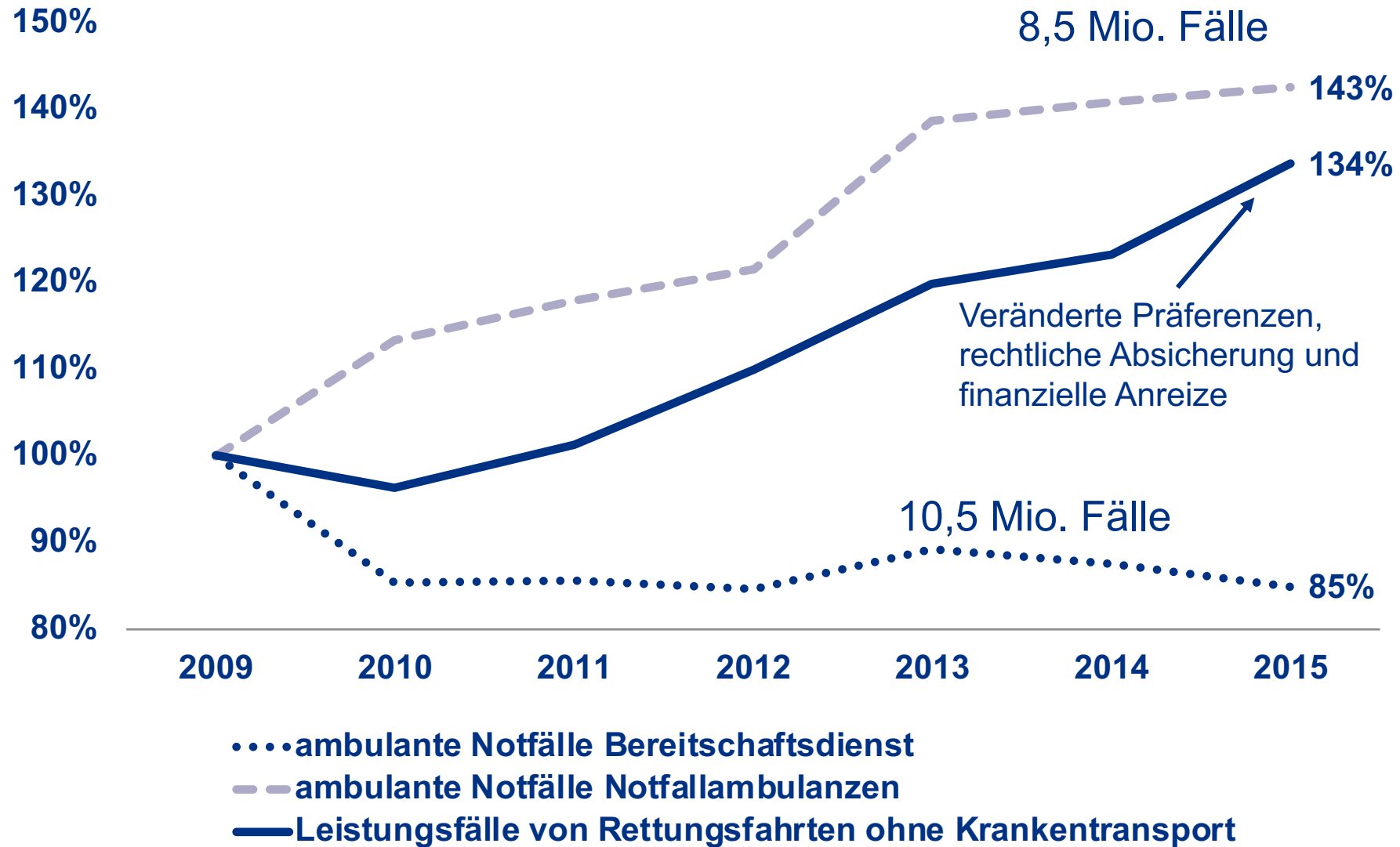
Quelle: SVR 2018





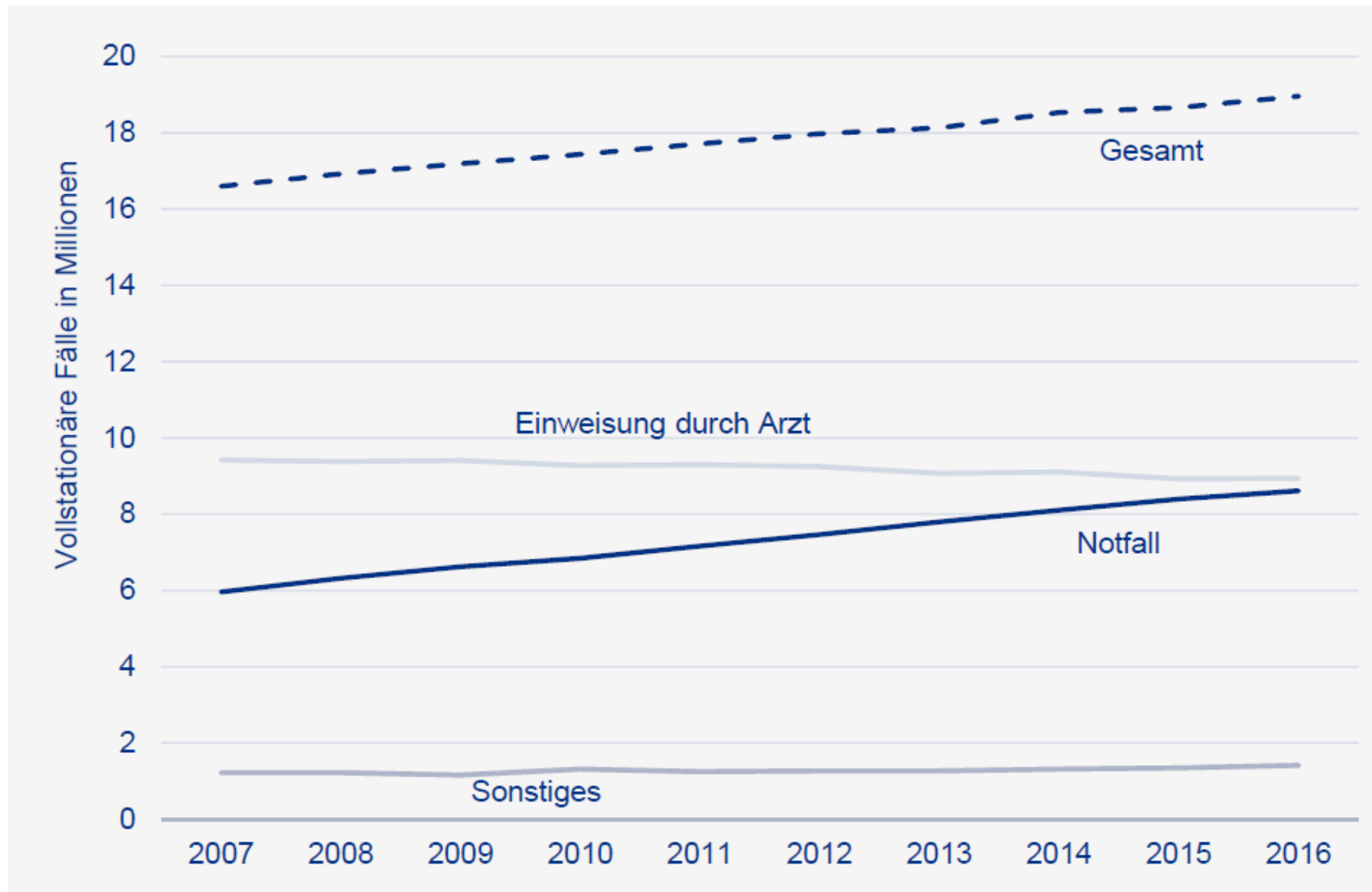
„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“
 Quelle: Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013, 2015 und 2017

Veränderung der Inanspruchnahme (Statistik)



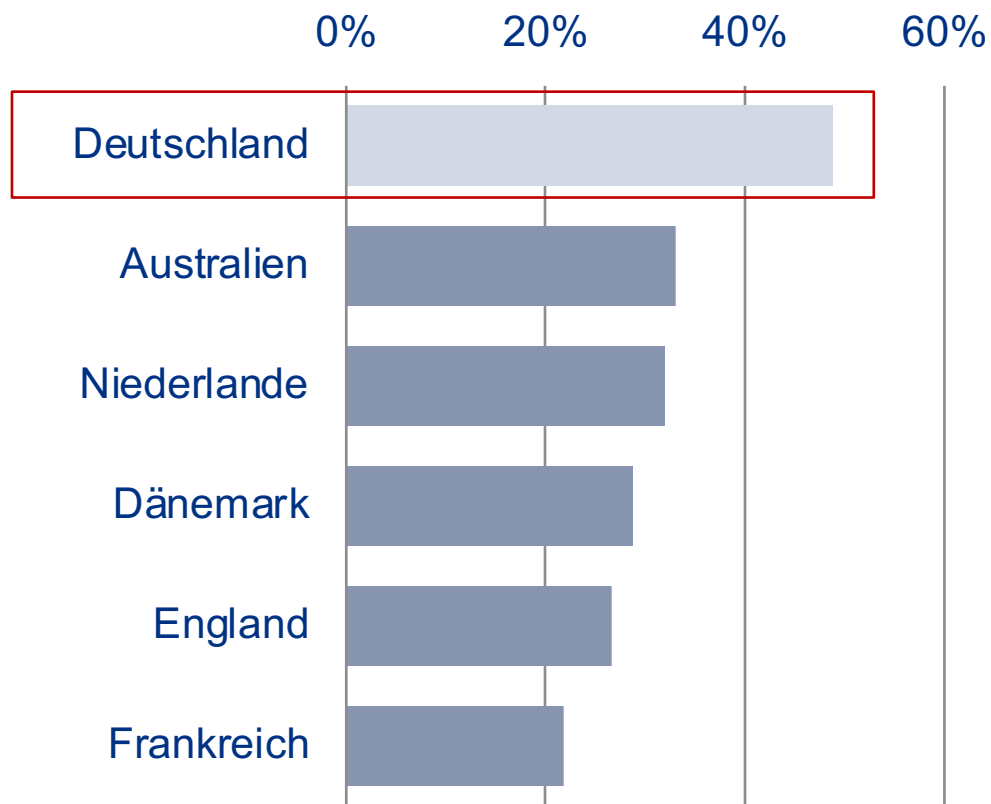
Indexdarstellung. Quelle: KG2-Statistik und ZI-Daten

Zunehmend „notfallmäßige“ Aufnahmen

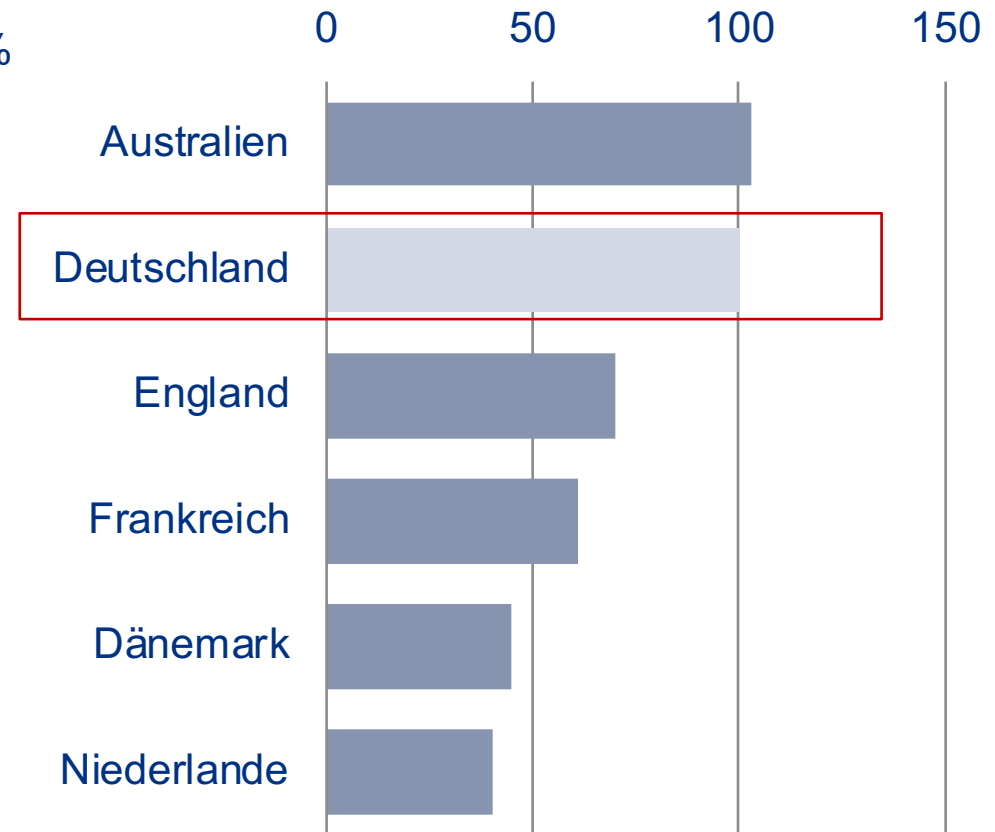


Quelle: SVR 2018 auf Basis von Destatis 2017

Quotient stationäre Aufnahme
Notfall/Notaufnahmebesuche

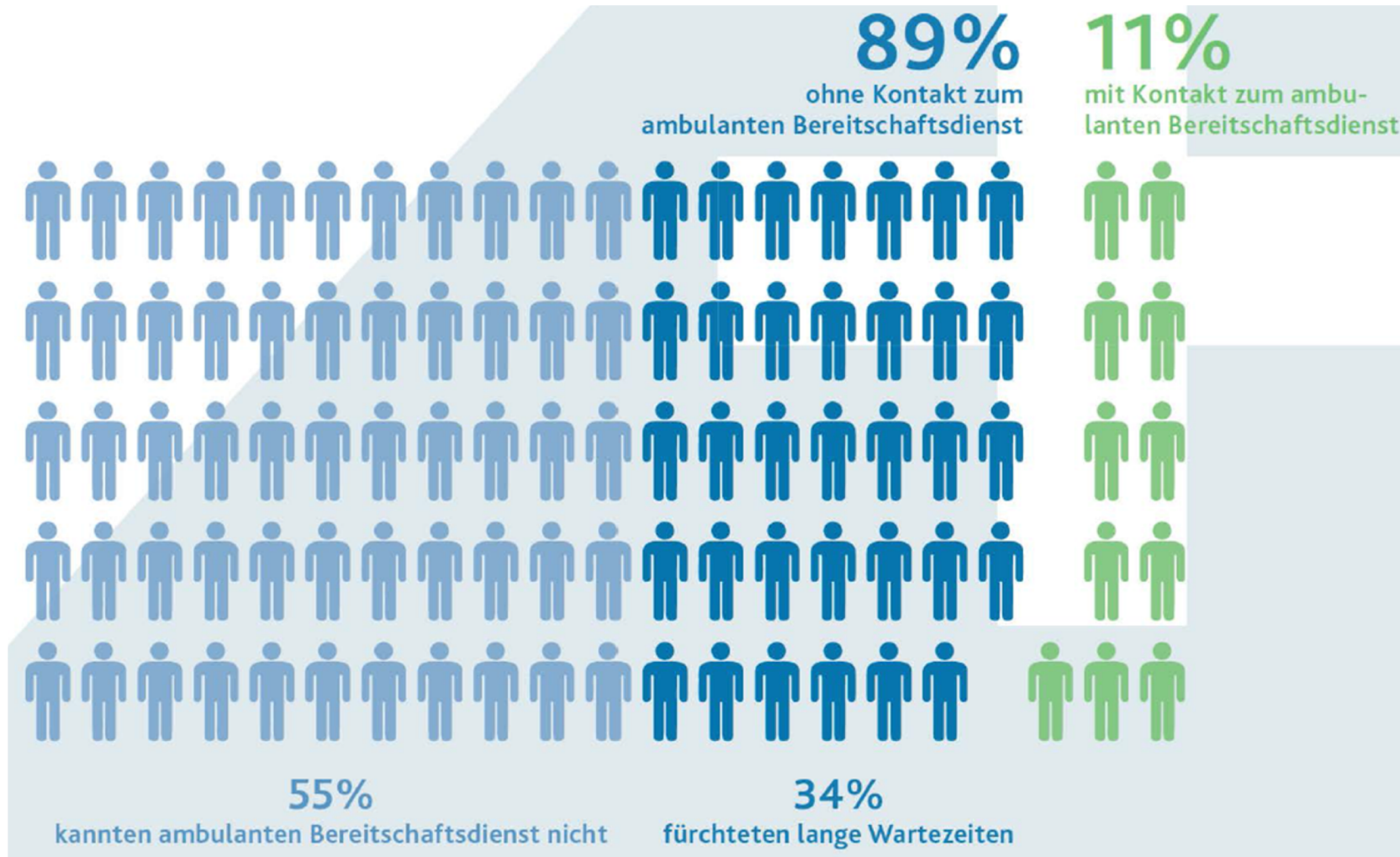


Stationäre Notfallaufnahmen je
1.000 Einwohner



Quelle: Klauber 2017

Notfallversorgung: Erhebung in zwei Berliner Notaufnahmen



Quelle:
Somasundaram
et al. 2016

- 59% würden Notfalleinrichtung niedergelassener Ärzte aufsuchen, wenn vorhanden
- Ein Teil der Patienten wird jedoch direkt vom Hausarzt telefonisch ins Krankenhaus verwiesen

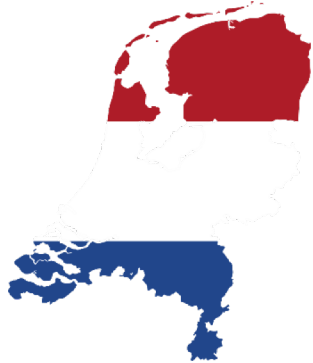
- **Drei getrennte Bereiche:** Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD), Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken
- Stark **steigende Inanspruchnahmen**, insbesondere in den Notaufnahmen, auch im Rettungsdienst
- Kette **finanzieller Fehlanreize**:
 - z.B. RTW-Transporte: i.d.R. kein Geld für Leertransporte
 - mehr Patienten in Notaufnahmen/Rettungsstellen
 - stationäre Aufnahmen steigen, da finanziell attraktiver als ambulant
- **Überlastung und Unzufriedenheit** des Personals
- **Steigende Kosten**, insbesondere infolge nicht bedarfsgerechter Versorgung auf höheren Versorgungsebenen

Jüngere Entwicklungen in der Notfallversorgung

Notfallversorgung: Was wird gemacht?



Niederlande



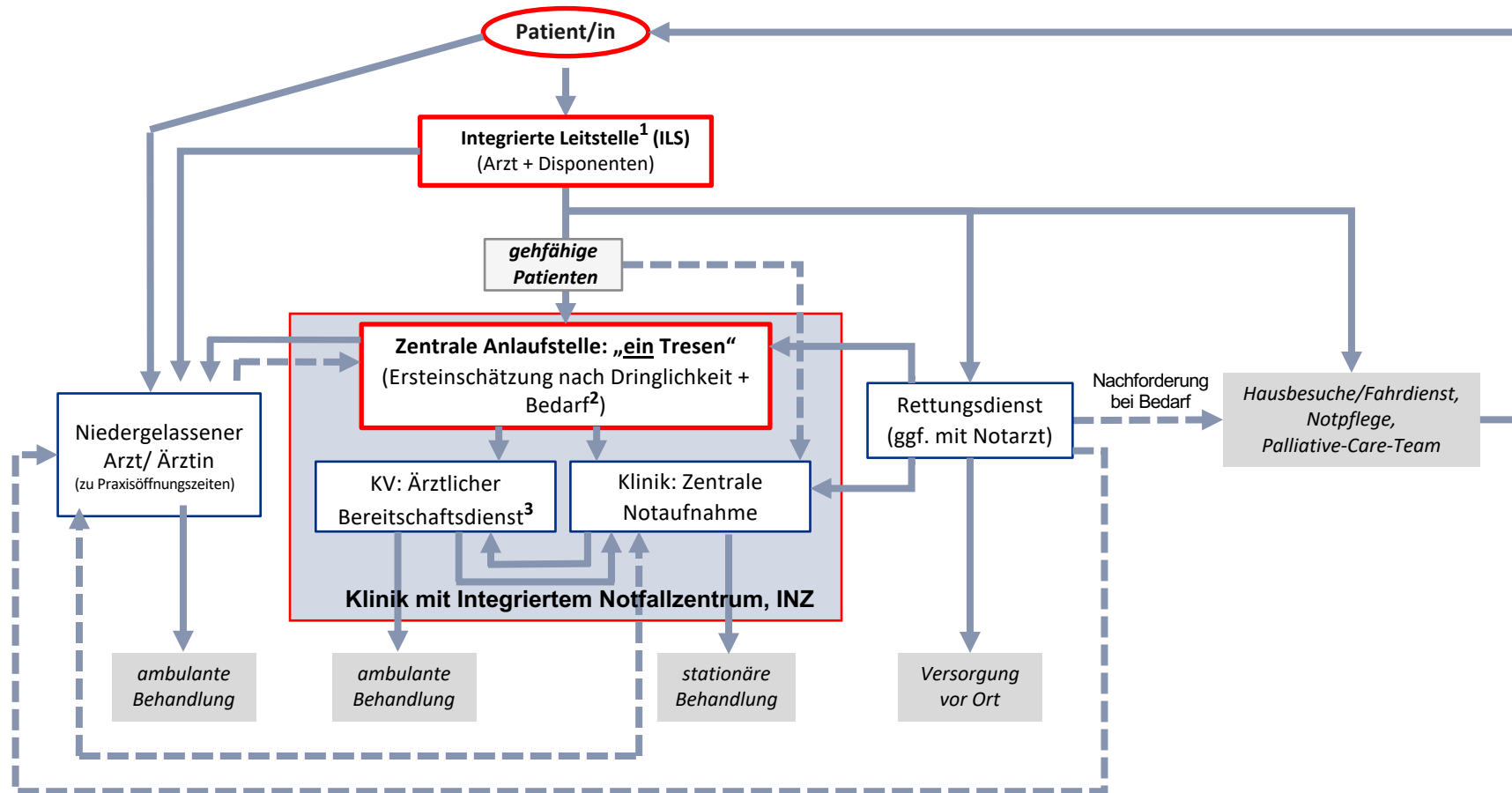
- Gatekeeper-Modell, außerhalb der Sprechzeiten Versorgung durch teilweise ins Krankenhaus integrierte *Huisartsenposten* (Arztnetze)
- Tlw. in Notaufnahmen integriert → gemeinsamer Eingang & Triage
- Elektronische Patientenakte verfügbar im Bereitschaftsdienst und in der Telefontriage (freiwillig)

Dänemark



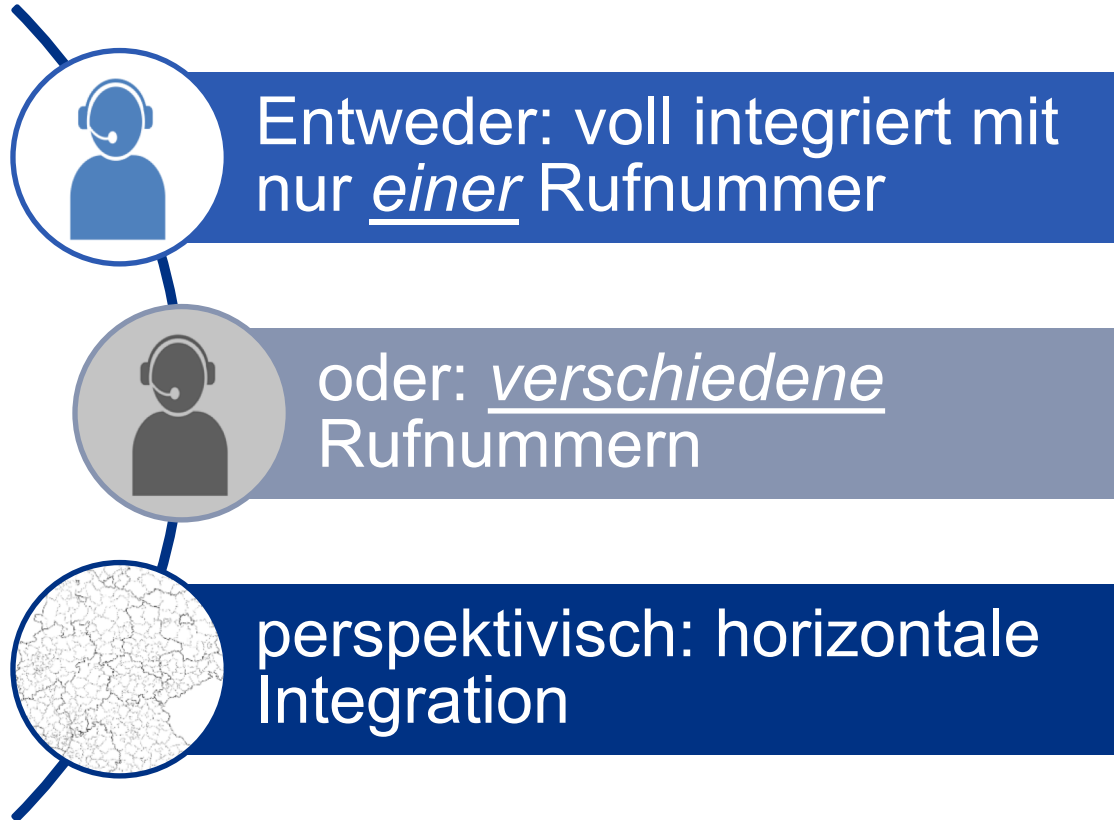
- Stark zentrierte Notfallversorgung, integrierte Notfallzentren inkl. Mindeststandards
- „Flow-teams“, Notaufnahmebetten
- Stark qualifizierte/r Rettungsdienst & Pflegekräfte
- Große IT-Unterstützung, App-gestütztes First-Responder-Netzwerk

Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland – Das Konzept des SVR



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

■ Integrierte Leitstellen



1. Level z.B. mit Dispatcher / erfahrenen Pflegekräften/MFA
 2. Level: erfahrene, breit weitergebildete (Allgemein-)Ärzte
- aber technisch – gemäß Algorithmen – voll integriert
 - Abbau der kleinteiligen Organisation mit je einer (Rettungs-)Leitstelle je Landkreis

■ Zentrenbildung, Triage



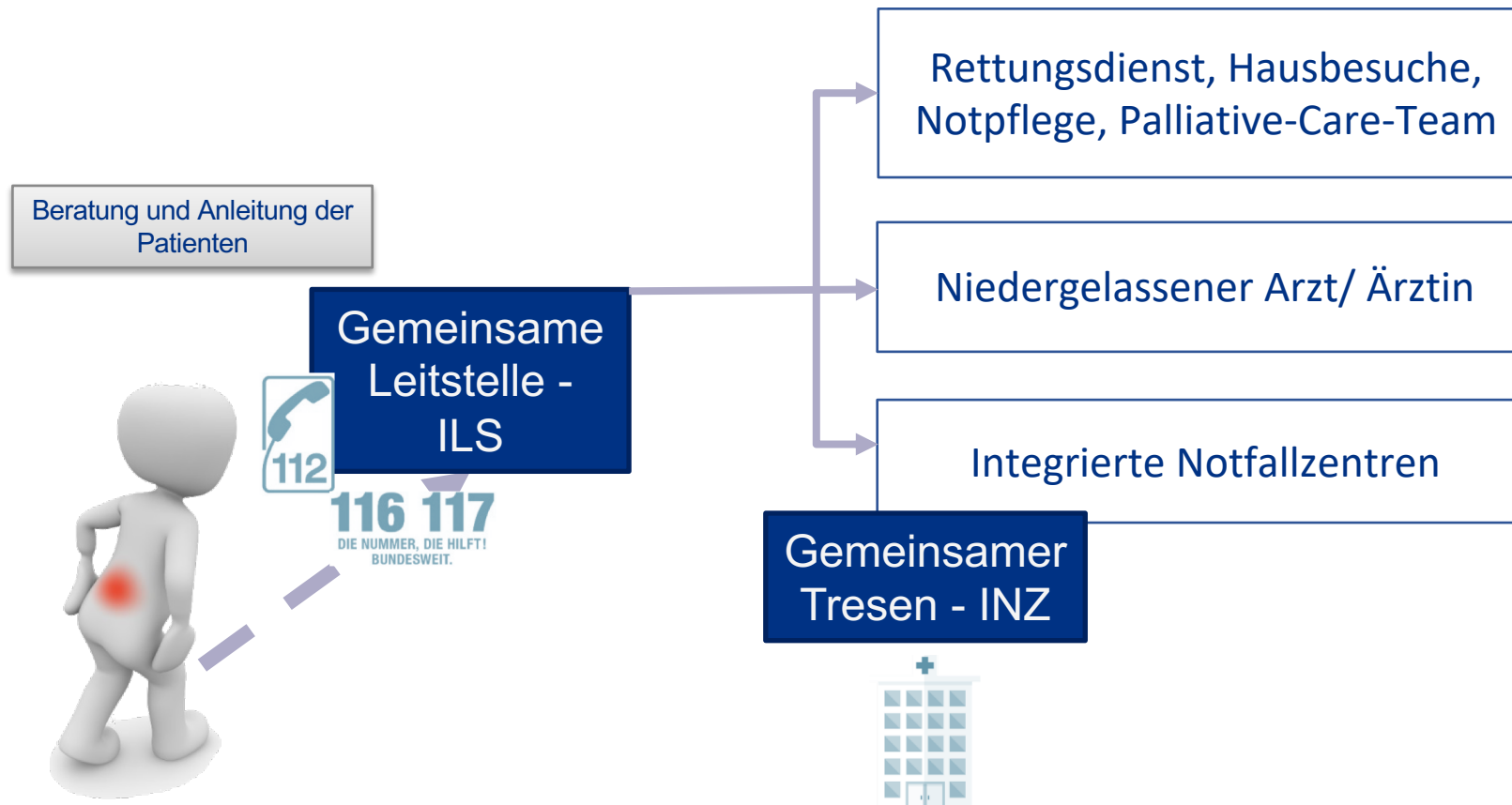
**Stationäre Notfallversorgung
nach Stufenkonzept mit
spezialisierten Zentren**

- z.B. für Schlaganfall, Herzinfarkt, Polytrauma
- → *gute Evidenz trotz u.U. längerer Transportwege*



**Triage im Integrierten
Notfallzentrum**

- insbesondere Entscheidung zur stationären Aufnahme unabhängig (von Interessen der Krankenhausträger)



- **Patientensteuerung**
 - **über IT-gestützte Versorgungspfade**, einheitliche sektorenübergreifende Dokumentation
 - **Transparenz über Wartezeiten** in Notfallpraxis auch **via App**
 - Vergabe **eines individuellen Termins im Integrierten Notfallzentrum (INZ) einer konkreten Klinik (nur) bei vorherigem Anruf bei integrierter Leitstelle**

- **Regionale Evaluation und stetige Weiterentwicklung**
 - **Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit** (im Rettungsdienst und bei (Weiter-)Versorgung) **muss verbessert werden**

- **Ausweitung der Sprechzeiten** niedergelassener Hausärzte fördern
- Es sollten vermehrt **Samstags- und Abendsprechstunden** in der vertragsärztlichen Versorgung angeboten werden
- **Interprofessionelle Teams** als Versorgungseinheit
- **Dispensierrecht** für definiertes Notfallsortiment für ÄBD
- Gezielte (multimediale) **Aufklärung der Bevölkerung** über
 - Konzept der gestuften Notfallversorgung & zentrale Rufnummern
 - Informationsportale / Apps, Ersthelfer-Konzepte
 - Laienreanimation etc.
- Einrichtungs- bzw. sektorenübergreifende **elektronische Patientenakte** mit definierten Qualitätsindikatoren

Empfehlungen des SVR zum Rettungsdienst

- **Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V**

- **Finanzierung des Rettungsdienstes**
 - **Einsatz selbst** (und nicht nur Transport) sollte als **medizinische Leistung** abgerechnet werden
 - **Beseitigung des Fehlanreizes**, Patienten in ein Krankenhaus bringen zu müssen (verbunden mit Induzierung weiterer Leistungen)

 - **Vorhaltekosten** des Rettungsdienstes: **Steuermittel**
(mit Rahmenregelung auf Bundesebene)
 - **Betriebskosten: Krankenkassen/PKVen**

- **Stärkere horizontale Integration** der derzeit noch über 300 unterschiedlichen Rettungsdienstbezirke, bessere Koordination im Rettungsdienst
- **Angleichung der Landesrettungsdienstgesetze oder Bundesrettungsdienstgesetz**
 - Qualitätsmanagement
 - bundesweit einheitliche Definition der Hilfsfrist
- **Digitale Erfassung** der Einsatzprotokolle
- **Erweiterung der Befugnisse der Notfallsanitäter**
 - einheitlicher Ausbildungsstandard
 - festgelegte Qualifizierungskurse
- **Telemedizinische Zusammenarbeit** mit Fachärzten in Notaufnahmen

- **Zentralisierter Zugriff der Integrierten Leitstellen auf alle Ressourcen**
 - 30 % der Anrufer: rein telefonische Hilfestellung
 - Vermittlung an niedergelassene Ärzte (Partnerpraxen mit Notfallslots)
 - Vermittlung von Pflege- und Palliativleistungen
 - Krankentransport etc.
- **Entlastung** des Rettungsdienstes
- **adäquater Einsatz** des Rettungsdienstes
- **steigende Attraktivität** des Berufsbildes

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

(Quelle: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode, 2018, S. 100)

- **Integrierte Leitstellen** mit Terminvergabe für INZ und Hausarzt sowie Dispositionsmöglichkeit für ÄBD → hoher inhaltlicher Anspruch an Disponenten
 - **Zentralisierter Zugriff** der ILS auf alle Ressourcen
 - **Rettungsdienst** als eigenständiger Leistungsbereich / mit veränderter Finanzierung
 - **Erweiterte Befugnisse** der Notfallsanitäter, mit Qualitätsmanagement
 - **Integrierte Notfallzentren (INZ)** in gemeinsamer Trägerschaft von KV und Krankenhäusern
 - **Zentrenbildung** nach Stufenkonzept
- Abschaffung von Doppelstrukturen führt zu **höherer Effizienz** und macht Mittel für neue Strukturen frei
- Neue Notfallstruktur als **Pilotprojekt** für bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung?

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

Dr. David Herr

Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der
Entwicklung im Gesundheitswesen

Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

david.herr@bmg.bund.de