



20. Rettungsdienstsymposium des DRK-Landesverbandes Hessen e.V.

Hohenroda, 16./17. November 2023

„Auch das noch!“

Digitalisierte Ersteinschätzung für Rettungsdienst und Klinik

Prof. Dr. André Gries

Zentrale Notaufnahme / Beobachtungsstation Notaufnahme
Universitätsklinikum Leipzig

*Conflict of interest...

*(Weihnachten 1987)



Dienst
/ Luft
Klinik
chung
arbeit
tigkeit
änder



Abb. 1 ▲ Im Jahr 1964 in Dienst gestelltes Heidelberger Arzteinsatzfahrzeug („
Foto: Rhein-Neckar-Zeitung, Heidelberg)



- Ersteinschätzung...
- Empfehlungen Regierungskommission...
- Aktuelle Beispiele...
- Zurück in die Zukunft...



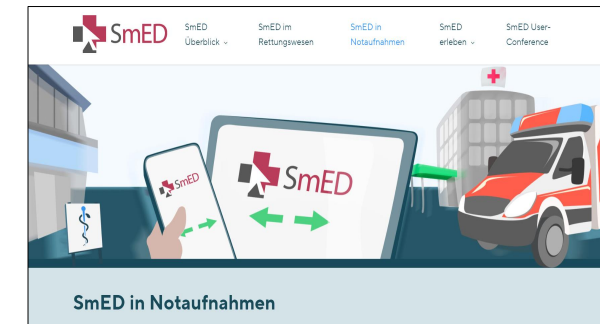
Ersteinschätzung und Evolution...

<https://wehrmed.de/fuehrung-organisation/effektive-patientenregistrierung-beim-massenanfall-von-verletzten> 10.08.2023

<https://kmg-kliniken.de/akutkliniken/kmg-klinikum-nordbrandenburg/standort-kyritz/fachabteilungen-zentren/zentrale-notaufnahme> 10.08.2023



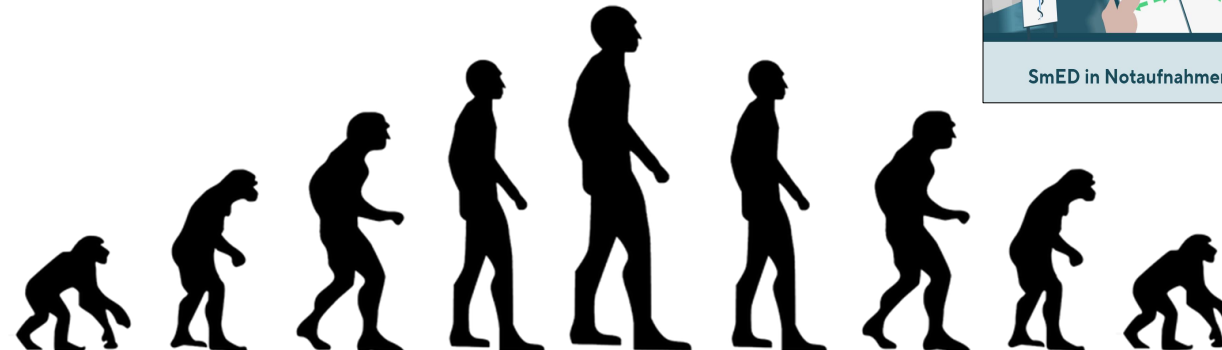
<https://www.gerechte-gesundheit-magazin.de/ausgabe-55-mai-2021/triage-tragik-braucht-es-ein-gesetz/> 10.08.2023



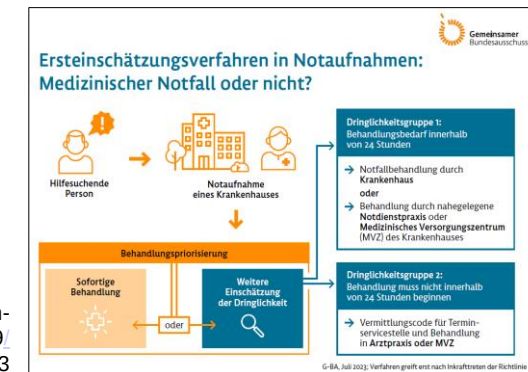
<https://smed.zi.de/smed-einsatz-in-der-notaufnahme/> Zugriff 07.08.2023



<https://www.spiegel.de/geschichte/geschichte-der-triage-wer-darf-ueberleben-wer-muss-sterben> 10.08.2023



<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1119> 10.08.2023



Anforderung	Bemerkung
Notfallversorgung in Zentraler Notaufnahme	- überwiegender Teil der Notfallpatienten - ggf. Ausnahme: Kinder und Geburtshilfe
räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung	Benennung verantwortlicher Arzt und verantwortliche Pflegekraft
strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung	- validiert - innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen
Dokumentation	Dokumentation der wesentlichen Parameter und Befunde (Mindeststandard)
Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und „Notfallpflege“	- sobald im jeweiligen Bundesland verfügbar - mindestens für verantwortlichen Arzt und verantwortliche Pflegekraft
organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation	- für Kliniken der erweiterten und umfassenden Versorgung - mindestens 6 Betten - Verbleib von Notfallpatienten unter 24 Stunden, bis der weitere Behandlungsweg geklärt ist

BAnz AT 18.05.2018 B4

Beschluss



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

Vom 19. April 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. April 2018 folgende
 Entscheidung getroffen:

Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).
 Anforderungen an die Zentrale Notaufnahme.

Ersteinschätzungssysteme Notaufnahme...

Parameter	ATS (NTS)	MTS	CTAS	ESI
Zeit bis zur Ersteinschätzung	10 min	n. s.	n. s.	n. s.
Zeit bis zum Arztkontakt	sofort / 10 / 30 / 60 / 120 min	sofort / 10 / 60 / 120 / 240 min	sofort / 15 / 30 / 60 / 120 min	sofort / 10 min / n. s.
Indikatoren für Leistungsfähigkeit	I: 97,5 %; II: 95 %; III: 90 %; IV: 90 %; V: 85 %	n. s.	I: 98 %; II: 95 %; III: 90 %; IV: 85 %; V: 80 %	n. s.
Vorgabe zur Re-Triage	n. s.	bei Bedarf	I: kontinuierlich, II: 15 min, III: 30 min, IV: 60 min, V: 120 min	bei Bedarf
Schmerzskala	4-stufig	3-stufig; wird als essenzieller Faktor für die Triage berücksichtigt	10-Punkte-Skala	visuelle Analogskala (10 Punkte); bei > 7/10 Triage auf ESI 2 erwägen
Pädiatrische Fälle				
Liste von Diagnosen bzw. Leitsymptomen				verwendet
Erwartete Aufnahmequoten	aus aktualisierten Datenreports	n. s.	ja	Daten zum Benchmarking vorliegend
Implementierungs-/ Schulungsmaterial	eingeschränkt	ja	ja	ja

- Manchester Triage System (MTS)
- Emergency Severity Index (ESI)

Christ et al. (2010) Triage in der Notaufnahme Dtsch Ärztebl 107: 892-898

Wer muss zuerst dran...

Sore throat
Should have treated themselves at home from their medicine cabinet

Unsure or confused about an illness
Should have called NHS Direct

Painful cough
Should be at the Pharmacy

Stomach ache
Should be at the GP

Adult
Emergency Dept
←

Minor cuts
Should be at the Urgent Care

Find out more

BRAND NEW

...und wohin?

You can choose better

The Emergency Department is for serious and life threatening conditions: Heavy bleeding, broken bones, burns or scalds, chest pain, strokes. Many patients can be treated elsewhere. The Emergency Department is for real emergencies only. Please play your part. Visit www.choosebetter.org.uk to find the right place for treatment. Local libraries hold leaflets.

Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)....



SmED
Überblick ▾

SmED im
Rettungswesen

SmED in
Notaufnahmen

SmED
erleben ▾

SmED User-
Conference



SmED in Notaufnahmen



Zentralinstitut
kassenärztliche
Versorgung

Das Zi Themen Service 

Home > Das Zi > Das Institut auf einen Blick

Das Institut auf einen Blick

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) ist ein Forschungsinstitut in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Träger der Stiftung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

**„Sollte Spahn uns den
Sicherstellungsauftrag *(für die
ambulante Notfallversorgung)*
wegnehmen, wären wir raus aus
der Notfallbehandlung“**

Dr. Andreas Gassen, KBV
Vorstandsvorsitzender, Berlin Sept. `19
https://www.kbv.de/html/418_42137.php



Vortrag Prof. Dormann, Fürth, 09.12.2019
mit freundlicher Genehmigung

Empfehlungen Regierungskommission...



Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

1. Empfehlungen d
2. Tagesbehandlu
3. Grundlegende
4. Reform der N
5. Verbesserung
6. Empfehlun
7. folgt
8. Psychiat
9. Reform





- **Integrierte Leitstellen**
flächendeckend (112 und 116117)
- **Ersteinschätzungsinstrumente**
Dringlichkeit und am besten geeignete Notfallstruktur
- **Definiertes Leistungsangebot**
inkl. behandlungsabschließende Beratung
- **allgemeinärztliche und kinderärztliche telemedizinische
Beratung bzw. Videosprechstunde**
allgemeinärztlich, kinderärztlich (24/7)



- **Transparenz und Qualitätssicherung**
- **Notfallversorgungsregister (KV, RD, Notaufnahmen)**
Versorgungsqualität, Kosten, digitale Vernetzung (eAkte)
- **Erfassung/Abfrage Ressourcen (IVENA)**
Steuerung, Prozessoptimierung
- **Zentralisierung Leitstellen (Telenotarzt)**
landkreisübergreifend
- **NotfallsanitäterInnen**
Befugnisse ausweiten, Generaldelegation
- **Ausbau Luftrettung**
- **allgemeine Gesundheitskompetenz / Einbeziehung Bevölkerung**

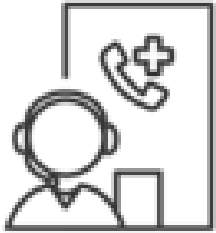
Aktuelle Beispiele...

- 1** Prof. Dr. Bernhard Kumle
Klinik für Akut- und Notfallmedizin
Villingen-Schwenningen
- 2** Yacin Keller
Brand- und Katastrophenschutzamt Dresden
Integrierte Regionalleitstelle Dresden
- 3** Dr. med. Michael Bayeff-Filloff
Zentrale Notaufnahme, Klinikum Rosenheim
Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst
Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration
- 4** Dr. Eckhard Starke
ehem. stv. Vorstandsvorsitzender
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- 5** Dr. Sebastian Carnarius, Dr. Dominik von Stillfried
ZI für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) Berlin



...mit bestem Dank!!!

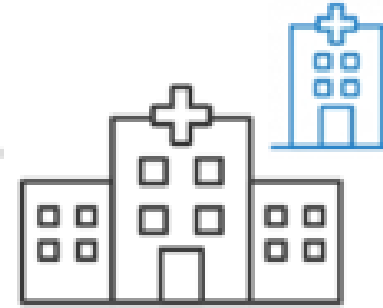
Integrierte Leitstelle



Notarzt- und Rettungsdienst



Klinikverbund



Versorgungsforschung



Flottenmanagement

Versorgungsnachweis/Bettennachweis

Protokollübergabe

Prähospitales Telekonsil (EKG/Stroke)

digitale/telemedizinische Voranmeldung

Notaufnahmesoftware

Notfallregister

Der Anaesthesist

Originalien

Anaesthesist
<https://doi.org/10.1007/s00101-021-01085-5>
Eingegangen: 6. Mai 2021
Überarbeitet: 23. August 2021
Angenommen: 1. Oktober 2021

© Der/die Autor(en) 2022



Digitale Systeme zur Unterstützung von präklinischen Notfalleinsätzen

Deutschlandweite Querschnittserhebung zur Nutzung und bestehenden Herausforderungen

Clemens Möllenhoff¹ · Patrick Andreas Eder² · Asarnusch Christian Möllenhoff³ · Ingolf Römer¹ · Bogdan Franczyk¹

Tab. 2 Deutschlandweite Verfügbarkeit ausgewählter digitaler Systeme auf den Rettungswagen, auf Wachenbasis ($n = 481$)

Informationstechnische Systeme auf dem RTW	Absolut (n)	Relativ (%)
Navigationsgerät im Fahrzeug	476	99,0
Versand der Einsatzmeldung von Leitstelle auf Navigationssystem	430	89,4
Digitalfunk	423	87,9
Fahrzeugbezogenes Mobiltelefon mit ausreichender Netzabdeckung	381	79,2
Digitale Einsatzdokumentation (auf Tablet/Laptop)	344	71,5
Digitaler Desinfektionsnachweis	283	58,8
Digitale medizinische Nachschlagewerke	275	57,2
Versenden eines 12-Kanal-EKG an Krankenhaus oder Facharzt	263	54,7
Digitaler Kfz-Mängelbericht	239	49,7
Digitale Protokollübergabe an Krankenhaus	220	45,7
Digitale Voranmeldung des Patienten im Krankenhaus über Internet	196	40,7
Digitaler Versorgungsnachweis (Krankenhauskapazitätsabfrage)	181	37,6
Digitale Materialverbrauchserfassung	144	29,9
Dolmetscherservice für fremdsprachige Patienten	133	27,7
Digitales Fahrtenbuch	67	13,9
Konsultation eines Telenotarztes	31	6,4

RTW Rettungswagen, EKG Elektrokardiogramm

STUDIE

bcmed⁺

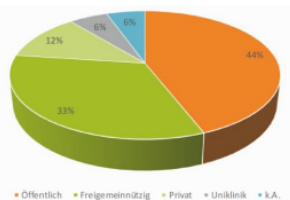
STICHPROBENVERTEILUNG IN DER ÜBERSICHT

Angeschriebene Leitungskräfte: 700 ärztliche & 400 pflegerische Leitungen

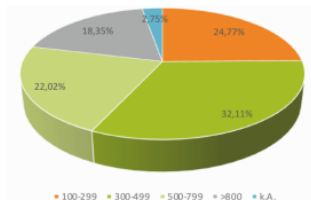
Studie wurde zusätzlich über Kooperationskliniken

Studienteilnehmer

Trägerschaft



Krankenhausgröße



Private Kliniken unterrepräsentiert; ab 100 Betten alle Krankenhäuser überrepräsentiert; gleichmäßige Verteilung über alle Notfallgrundgesamtheit

ERGEBNISSE – PATIENTENVERSORGUNG

bcmed⁺

DIGITALISIERTE PATIENTENVERSORGUNG? ALLER ANFANG IST SCHWER

Patientenversorgung

Digitalisierungsgrad: 24,4 %

Medizinische Informationen vor Ankunft Patient

33%

Klinisches Entscheidungsunterstützungssystem

<30%

Echtzeit-Austausch strukturierte Informationen mit Rettungsdienst

33%

Digitale Veranlassung von Leistungen des Entlassmanagements

<50%

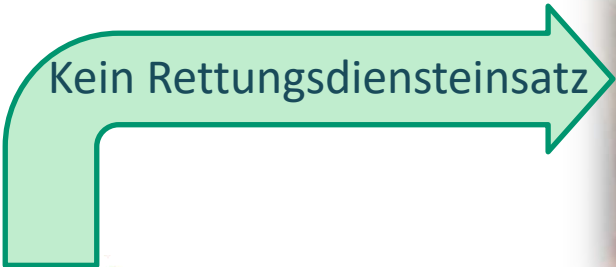
Remote-Support für Rettungsdienst durch Notaufnahme-Mitarbeiter

6%

*Einsatz von SmED auf den Rettungswagen in Bayern, mit Weiterleitung der Hilfesuchenden mittels IVENA eHealth und dem eTerminservice in vertragsärztliche Versorgung



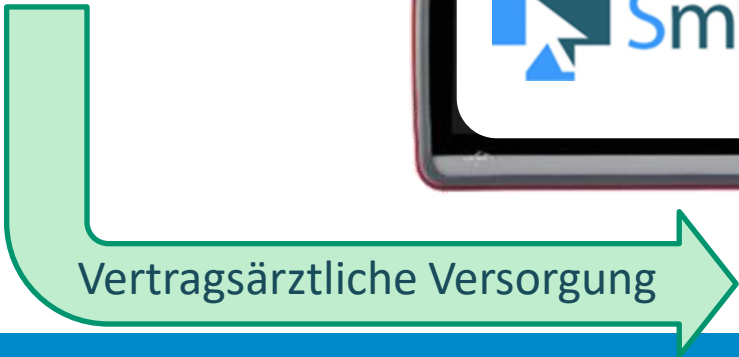
Rettungswagen



116 117
DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.
Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen



Klinik



Hotfixsystem IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

melden

Regelversorgung

Alarmierungen

Downloads

Kennwort ändern

Meine Nachrichten

Meine Einstellungen

eisungen:

weisungen anzeigen

rankenhaus-Auswahl für

PZC 323 55 3 (Hypotonie, 55 Jahre, Ambulante Versorgung)

bereichssteuernde Kriterien

intensivpflichtig

Reanimiert

Beatmet

Ansteckungsfähig

Fachlich einschränkende Kriterien

Schockraum

Herzkatheter

Arbeitsunfall

Schwanger

Freiheitsentzug

Art der Einrichtung

Klinik

Praxis

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ABD-KV)

Praxis Frau Dr. Hauck-Schwebe

Frankfurt

(Allgemeinmedizin)

1

1

1

0

Rettungseinsatzfahrzeug (REF) in Bayern* 3

*SmED im Rettungsdienst Bayern Stadt/Land mit Pilotstudie Rettungseinsatzfahrzeug (REF) in Bayern „sogenannte RD 0 Einsätze“

REF ohne Transportmöglichkeit



Kein Rettungsdiensteinsatz



2

Kompetenzniveau
des NotSans

1

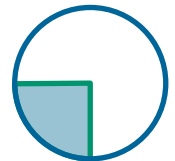
Red flags



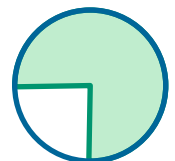
116 117
DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.

Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen

Rettungsdienst Klinik
Standort Stadt
25 %



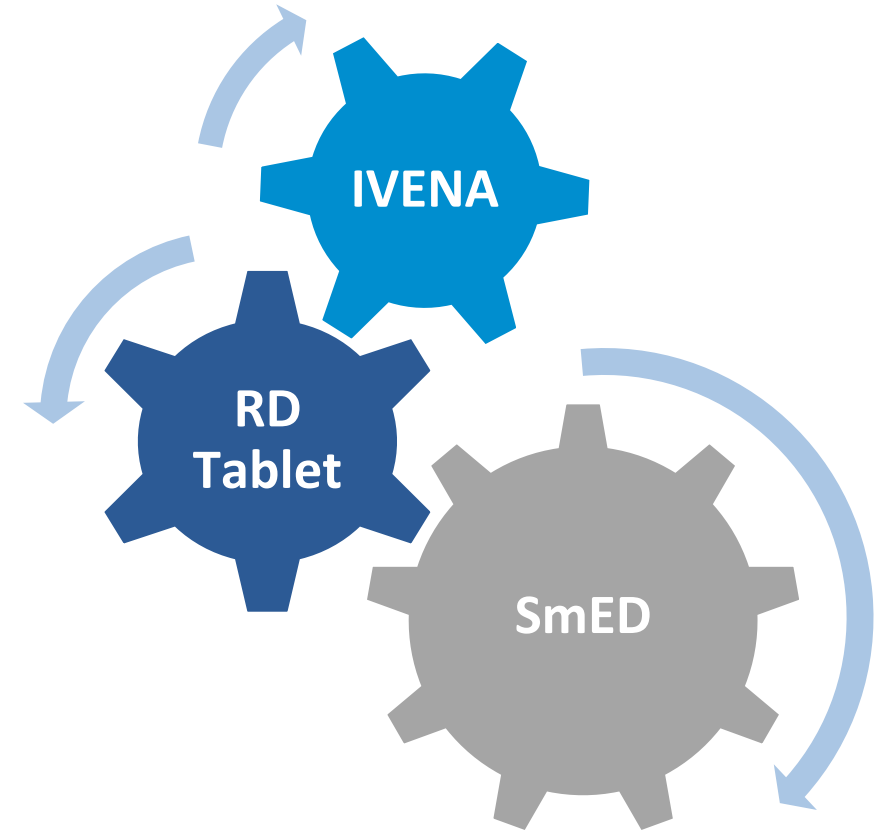
Ambulanter Sektor
Standort Stadt
75 %



- **Ausschluss einer Notfallindikation**
- **Tablet Lösung von SmED** am Einsatzort durch Rettungsdienstpersonal
- **Gleichwertiger Projektpartner** in der Notfallversorgung
- **Effizienter Einsatz** der RD-Ressourcen / optimierte Patientenversorgung
- **Reduzierung** vermeidbarer Einsatzfahrten ins Krankenhaus (durch SmED)
- **Direkte Zuweisung** in ambulante Versorgung (mittels IVENA)
- **Informationsvorsprung** durch digitale Vernetzung der 112 und 116117



- **Verzahnung** stationärer, rettungsdienstlicher und ambulanter Strukturen
- Synthese von **SmED** und **IVENA** führt in Echtzeit transparent und **sektorenübergreifend** Versorgungsressourcen zusammen – und ermöglicht Ansteuern der / des richtigen Versorgungsebene / -ortes
- Schnittstellen ermöglichen erstmals verlässliche **Übergabe der Patienten vom RD in die ambulante Versorgung** – tagsüber in Partnerpraxen, außerhalb der Sprechstundenzeiten in ÄBD-Zentralen





Bundesland	Krankenhaus/Kooperation
Bayern	RoMed Klinik in Rosenheim (abgeschlossen)
Berlin	Charité am Campus Mitte
Brandenburg	Havelland Klinikum Nauen (angedacht)
Bremen	St. Joseph-Stift (beendet, Datenanalyse läuft)
Hamburg	Katholisches Marienkrankenhaus
Hessen	Klinikum Frankfurt-Höchst
Rheinland-Pfalz	- Allgemeinmedizin am Campus der Uniklinik Mainz - Brüderkrankenhaus Trier (angedacht)
Sachsen	Uniklinikum Leipzig

Zielsetzung & Umsetzung:

- Patient:innensicherheit
- Anwendbarkeit der Patient:innensteuerung und Überprüfung der Entlastung der Notaufnahme



Unterstützt von Big-
© GeoNames, Microsoft, TomTom

● SmED Kontakt+ Evaluationen
● SmED Kontakt Evaluationen

Bundesland	Projekt
Bayern	Rettungseinsatzfahrzeug (REF) in Regensburg
Nordrhein-Westfalen	Optimal@NRW in Aachen
Schleswig-Holstein	Sektorenübergreifende Akutversorgung (SAve) in Bad Segeberg

Zielsetzung & Umsetzung:

- Patient:innensicherheit
- gezieltere Patient:innensteuerung von Nicht-Notfällen

Zurück in die Zukunft...

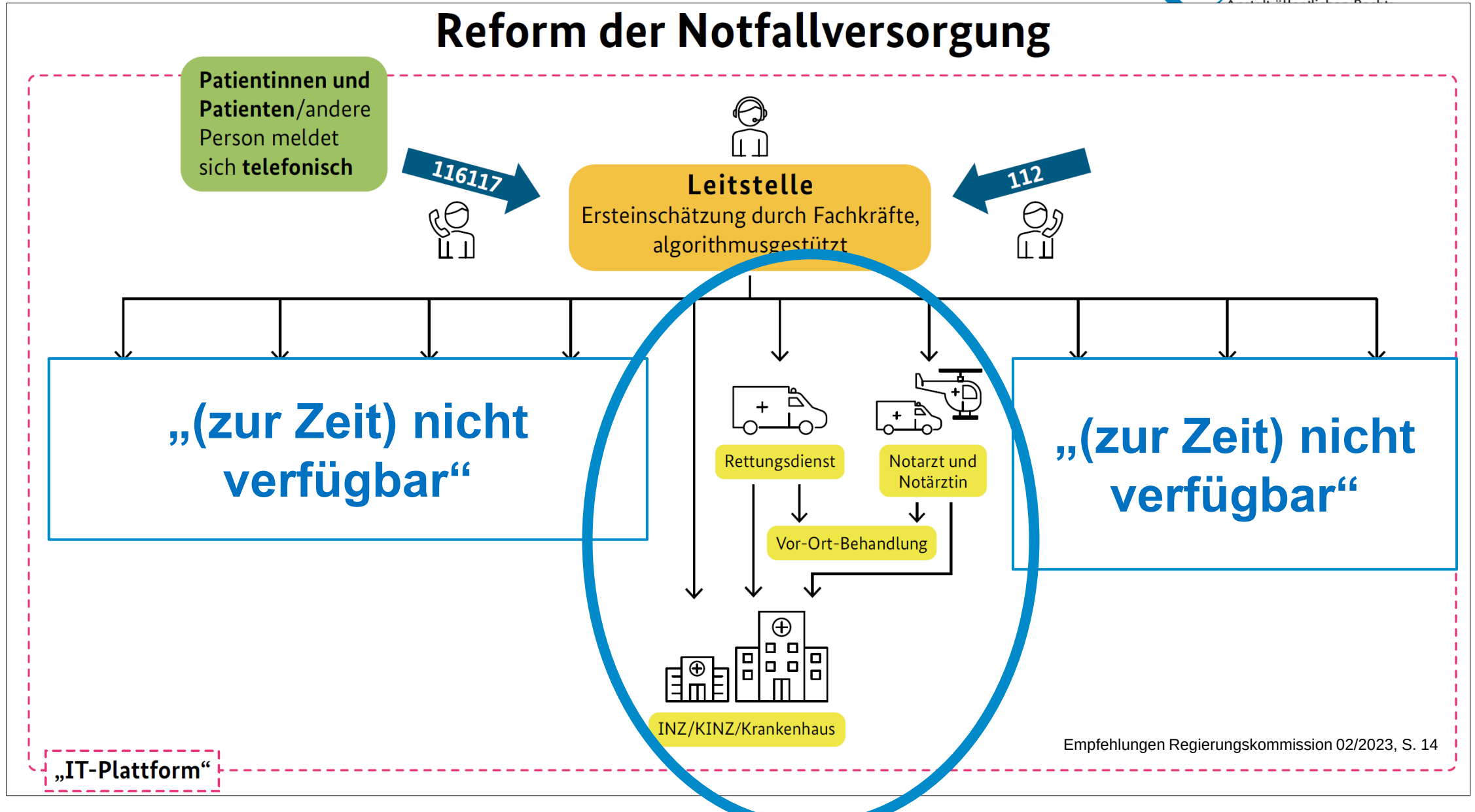


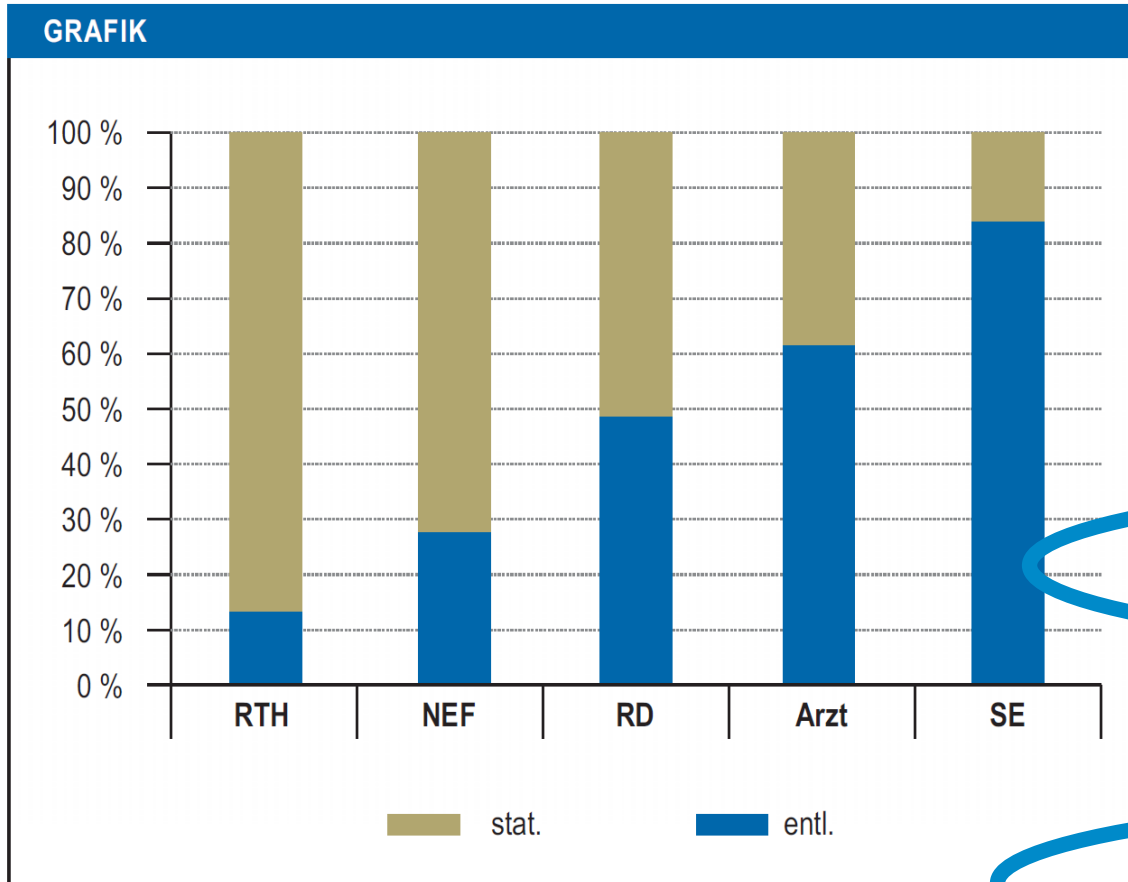
Call Center oder so ähnlich...



<https://mashable.com/video/the-guilty-trailer-jake-gyllenhaal>
07.08.2023

Reform der Notfallversorgung





Einweiserart und Fallart, Zentrale Notaufnahme UKL 2019 (n = 34 178)

Arzt, niedergelassener bzw. KV-Arzt; entl., entlassen; NEF, Notarzt;
RD, Rettungsdienst ohne Notarzt; RTH, Rettungshubschrauber; stat., stationär,
SE, Selbsteinweiser; UKL, Universitätsklinikum Leipzig

Schlussfolgerung:

- stationäre Weiterbehandlung abh. vom Zuweiser und vom Leitsymptom
- bei jedem 6. Selbstzuweiser (besonders bei Non-Trauma) stationäre (auch intensivmedizinische) Weiterbehandlung notwendig
- 95 % aus der ZNA wieder entlassene Selbstzuweiser (nach Trauma)
- viele ZNA-Zuweisungen in erster Linie zur Ausschlussdiagnostik
- im niedergelassenen Bereich fehlen entsprechende Versorgungsmöglichkeiten

Gries A; Schrimpf A; von Dercks N (2022)
Zentrale Notaufnahme Inanspruchnahme und Ressourceneinsatz im Krankenhaus in Abhängigkeit von der Art der Zuweisung
Dtsch Arztebl 119: 640-6





Bewertungsbogen für die Patientensicherheitsstudie zu SmED Kontakt+

Bitte im Rahmen der Anamnese ausfüllen:

Aktuelle Uhrzeit:

Ausgefüllt:

☐ Vor der Untersuchung ☐ Nach der Untersuchung

Allgemeinzustand (Bitte einen auswählen):

☐ Gut bis leicht eingeschränkt ☐ Eingeschränkt bis stark eingeschränkt

Voraussichtlich heute erforderliche Ressourcen (mehrfach Auswahl möglich):

☐ Otoskop	☐ Röntgen	☐ MRT/CT
☐ Infusionstherapie	☐ EKG-Diagnostik	☐ EEG
☐ Sonographie	☐ Pulsoximetrie	☐ Herzkatheter
☐ BZ/Urin/BSG	☐ Blutgasanalyse	☐ Labor mit heutigem Befund
☐ Kleine Chirurgie	☐ Große Chirurgie/OP	☐ Sonstiges: _____

Versorgungszeitpunkt (Bitte einen auswählen):

☐ Notfall (unverzüglich) ☐ Schnellstmöglich (bis 4 h) ☐ Binnen 24 h ☐ Nicht binnen 24 h erforderlich

Hauptgrund für die Zuordnung zur Notaufnahme (Bitte einen auswählen):

☐ Allgemeinzustand ☐ Ressourcenbedarf ☐ Versorgungszeitpunkt ☐ Mobilität

Hauptgrund für die Zuordnung zur Notaufnahme (Bitte einen auswählen):

☐ Allgemeinzustand ☐ Ressourcenbedarf ☐ Versorgungszeitpunkt ☐ Mobilität



Titel Gesundheitsdateninfrastruktur

Ein neues Datenzeitalter

Gesundheitsdaten sollen eine europäische Infrastruktur erhalten und dadurch künftig besser für Forschung und Versorgung nutzbar sein. Es ist eine technische und regulatorische Mammutaufgabe, die die Bundesregierung gerade mit mehreren Gesetzen angeht. Und sie denkt bereits weiter.



Titel Gesundheitsdaten

Paradigmenwechsel steht auch in Deutschland bevor

Noch wird die Nutzung von Daten für die Forschung in Deutschland durch eine restriktive und heterogene Gesetzgebung und die uneinheitliche Auslegungspraxis erschwert. Der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) könnte ab 2025 zu einem Paradigmenwechsel führen.

Deutsches Ärzteblatt 30.06.2023

Die Unfallchirurgie
vormalig Der Unfallchirurg

Originalien

Unfallchirurg 2023 · 126:293–298
<https://doi.org/10.1007/s00113-022-01155-2>
Angenommen: 25. Januar 2022
Online publiziert: 11. März 2022
© Der/die Autor(en) 2022

Redaktion
Wolf Mutschler, München
Hans Polzer, München
Ben Ockert, München



Einfluss der Datenschutz-Grundverordnung auf die Datenqualität bei der Erhebung von Registerdaten

Selektionsbias aufgrund datenschutzrechtlicher Anforderungen und dessen Auswirkungen auf Kennzahlen zur Messung der Versorgungsqualität am Beispiel eines überregionalen Traumazentrums

Orkun Özkurtul^{1,2} · N. von Dercks¹ · C. Fuchs¹ · A. Keß¹ · G. Osterhoff¹ · M. F. Struck³ · A. Scholtz⁴ · C. Josten¹ · J. K. M. Fakler⁵

¹ Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland; ² Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie (XIV), Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Hamburg, Deutschland; ³ Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland; ⁴ Stabsstelle Datenschutz, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland; ⁵ Klinik für Unfall-, Hand-, Wiederherstellungs- und Wirbelsäulenchirurgie, Klinikum Passau, Passau, Deutschland

- **Fehlende Daten bei Überlebenden aufgrund fehlender Einwilligungen verzerren Ergebnisse**

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128480/Fachgesellschaft-Datenschutz>

news / **Ärztenschaft** / Fachgesellschaft: Datenschutzverordnung gefährdet Menschenleben

Dienstag, 26. Oktober 2021

Newsletter abonnieren Zur Startseite



/picture alliance, Klaus Rose

www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Notfallmedizin en gefährden die derzeit geltenden

- „Am 28.01.2023 rief ich zunächst den Bereitschaftsdienst unter 116117 an. Dort sagte man mir, dass ich bei den Symptomen, die ich geschildert habe, mich in der Notfallaufnahme vorstellen soll. Ich rief ein Taxi und fuhr in die Uniklinik...“
- „Bitte bedenken Sie, dass ich in diesem Fall den Rettungsdienst gerufen habe und die Sanitäter die Entscheidung trafen, mich in die Notfallaufnahme mitzunehmen.“

Gesamt (neu)	R.	Datum	Zeit	OE	VMA	Status	Fall	erg. Bez.
Tag								
Woche								
Monat								
Quartal								
Jahr								
Fall								
Dia.-Proz.								
Gesamt								
Anordnung								
Ambulanzkarte								
Stat. Verlaufsbericht								
Monat								
Quartal								
Jahr								
Fall								
Dia.-Proz.								
Gesamt								
Anordnung								
Ambulanzkarte								
Stat. Verlaufsbericht								

**1.1. – 17.07.23:
8 x Notaufnahme**



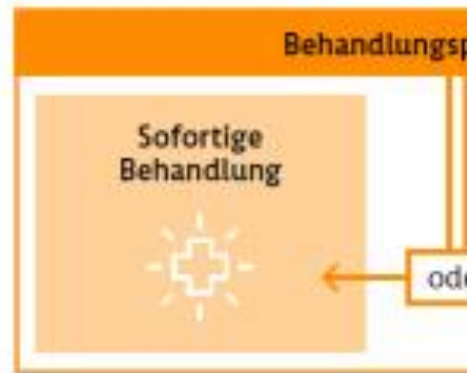
NoCamels Team, Israeli Innovation News
09.08.2023

Motor der Digitalisierung – KrankenhausZukunftsförderungsgesetz (KHZG)

förderungsfähig?...



Ersteinschätzung Medizinischer Not



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesmit



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Geme
Guter
10587

Aussch

Pressemitteilung | Bedarfsplanung

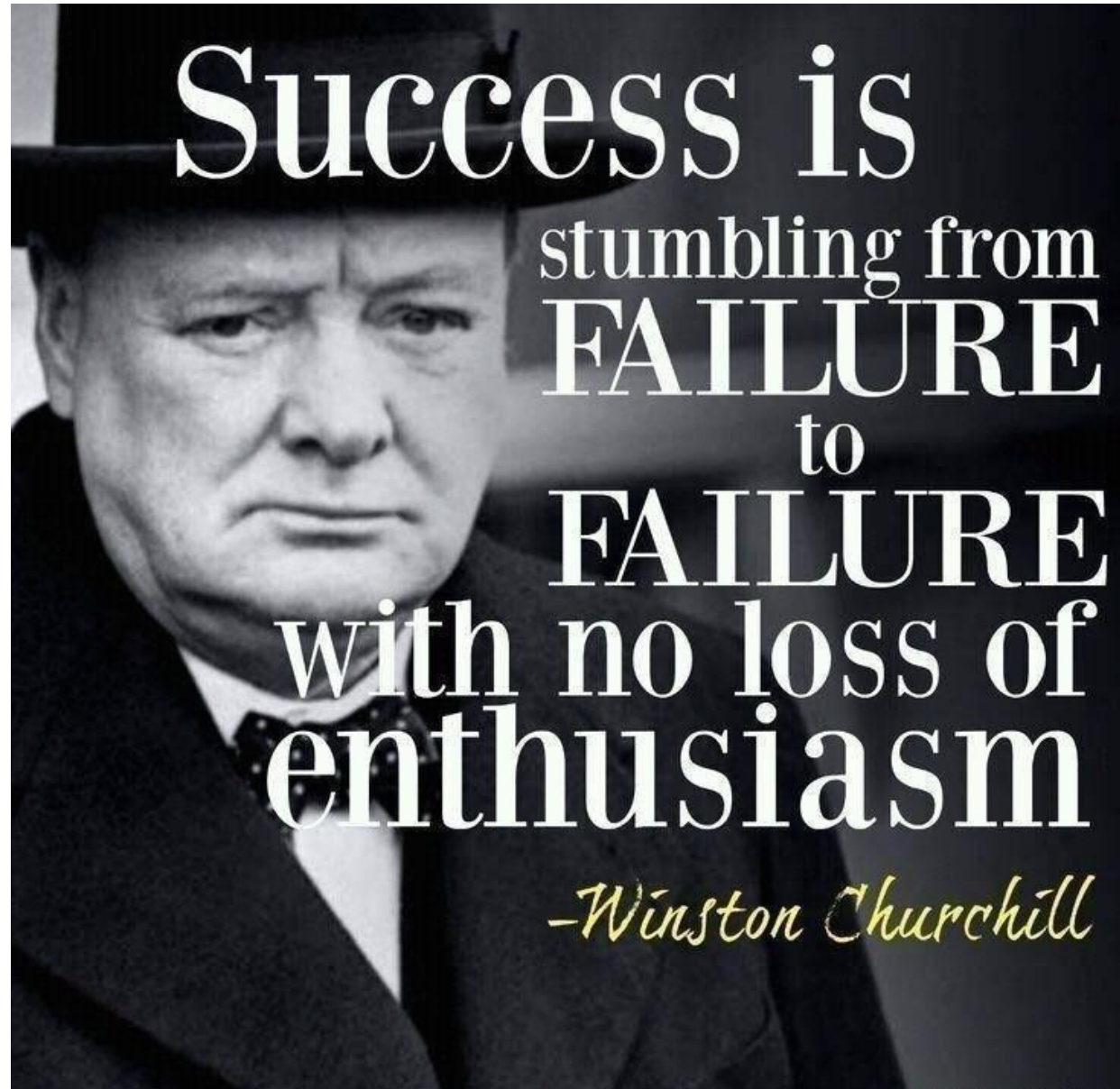
Ersteinschätzung in der Notfallversorgung: G-BA klagt gegen Beanstan- dung der Aufsicht

Berlin, 5. Oktober 2023 – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich darauf verständigt, juristische Schritte gegen die Beanstandung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) an seinem Richtlinien-Beschluss zur Ersteinschätzung in der stationären Notfallversorgung einzulegen. Das BMG hatte als Aufsichtsbehörde Kritik am G-BA-Beschluss vom 6. Juli 2023 geübt und ihn als „rechtswidrig“ eingestuft.

Die neue Richtlinie regelt qualitative, personelle sowie organisatorische Details für ein neues Verfahren im Umgang mit Hilfesuchenden in Notaufnahmen von Krankenhäusern. Ziel ist es, Hilfesuchende entsprechend des konkreten medizinischen Bedarfs entweder in die ambulante oder stationäre Versorgung zu lenken. Ohne eine rechtliche Freigabe des Beschlusses durch die Aufsichtsbehörde kann die neue Richtlinie nicht in Kraft treten. Die angestrebte Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser kommt damit nicht zum Tragen.

Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, zu einigen Punkten der beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg angestrebten Klage gegen die Beanstandung durch das BMG: „Für mich sind vier Bereiche ausschlaggebend, um

G-BA, Juli 2023: Verfahren greift erst nach Inkrafttreten der Richtlinie



Notfallversorgung in die richtigen Hände...



„...habe ich dem BMG im Vorfeld gesagt: Du kannst das verschieben. Ich habe auch einzelnen von Ihnen gesagt, dass das natürlich besser passt, wenn ich den großen Wurf habe. Nur ich warte auf so viele große Würfe seit so vielen Jahren. Und jetzt droht langsam der Ruhestand.

Wir sind seit 30 Jahren am Überwinden der Sektorengrenzen. Wir sind seit mindestens zehn Jahren dabei, die Notfallversorgung besser zu machen. Ich hoffe, dass wir es gemeinsam dann eben noch erleben.“

Professor Josef Hecken
Unparteiischer Vorsitzender
Gemeinsamer Bundesausschuss
13. Juli 2022



Vielen Dank !

andre.gries@medizin.uni-leipzig.de
<http://zna.uniklinikum-leipzig.de>

LIFEMED



- Ersteinschätzung...
- Empfehlungen Regierungskommission...
- Aktuelle Beispiele...
- Zurück in die Zukunft...



- Ersteinschätzung...
- **Empfehlungen Regierungskommission...**
- Aktuelle Beispiele...
- Zurück in die Zukunft...



- Ersteinschätzung...
- Empfehlungen Regierungskommission...
- **Aktuelle Beispiele...**
- Zurück in die Zukunft...



- Ersteinschätzung...
- Empfehlungen Regierungskommission...
- Aktuelle Beispiele...
- Zurück in die Zukunft...



Originalien

Anaesthesist 2014 · 63:555–562
DOI 10.1007/s00101-014-2340-9
Eingegangen: 16. März 2014
Überarbeitet: 17. April 2014
Angenommen: 27. April 2014
Online publiziert: 26. Juni 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Redaktion

R. Rossaint, Aachen

A. Gries¹ · W. Lenz² · P. Stahl³ · R. Spiess⁴ · T.

¹ Zentrale Notaufnahme/Notaufnahme, Universitätsklinikum Leipzig

² Main-Kinzig-Kreis-Gefahrenabwehrzentrum, Gelnhausen

³ Rot-Kreuz-Krankenhaus Kassel

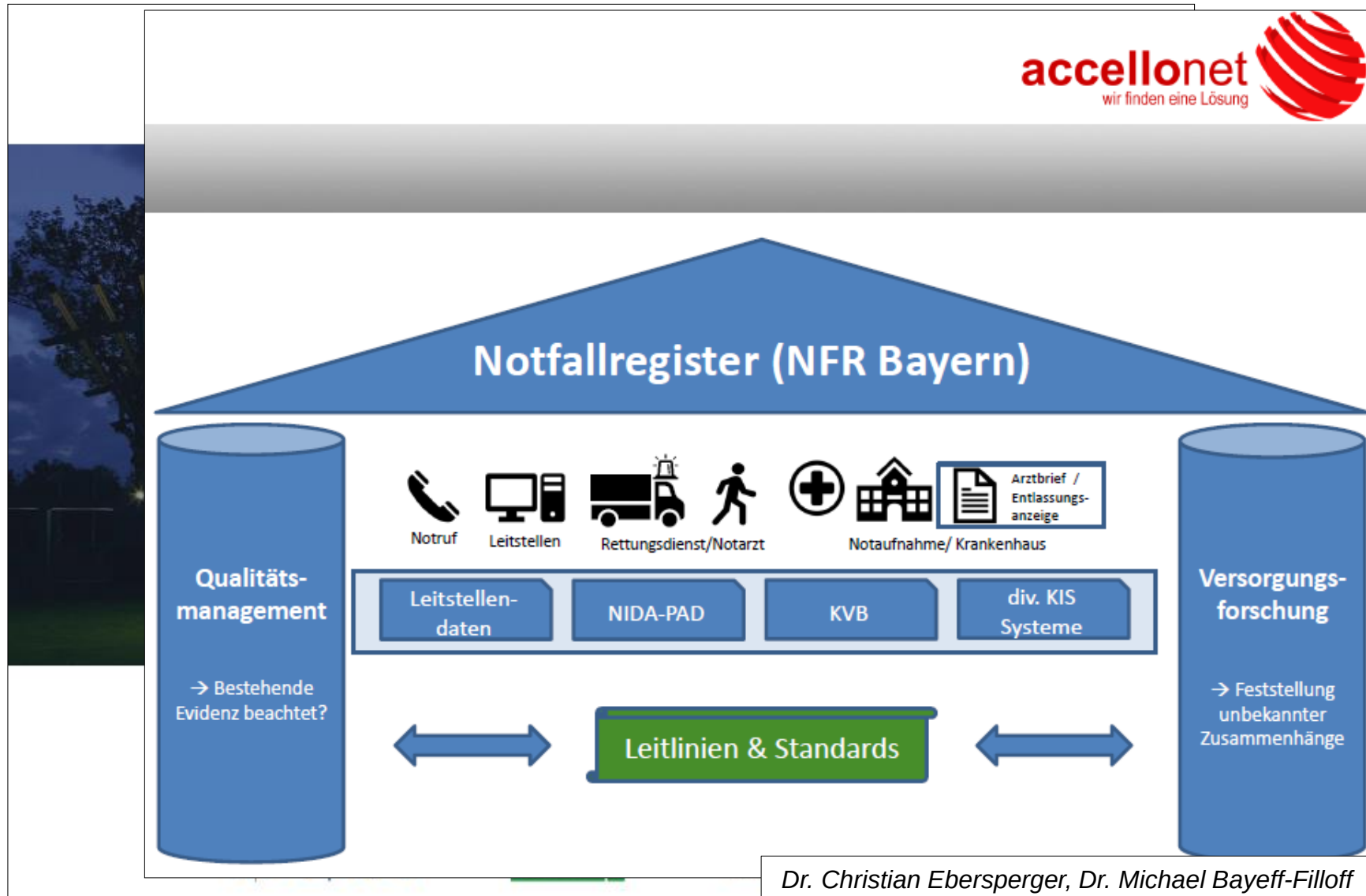
⁴ Regierungspräsidium Gießen

⁵ Deutsches Zentrum für Notfallmedizin und Informationstechnologie,
Fraunhofer Institut für Experimentelles Software Engineering, Kaiserslautern



Präklinische Versorgungszeiten bei Einsätzen der Luftrettung

Einfluss der Dispositionsstrategie der Rettungsleitstelle



Dr. Christian Ebersperger, Dr. Michael Bayeff-Filloff
RD Forum Bayern, Fürstenfeldbruck 15.11.2018

Die Zukunft ist schon lange da...

Trends und Medizinökonomie	
Anaesthesist 2003 · 52:718–724 DOI 10.1007/s00101-003-0548-1 Online publiziert: 28. Juni 2003 © Springer-Verlag 2003 Redaktion D. M. Albrecht, Dresden E. Martin, Heidelberg	2002 Zukunft der präklinischen Notfallmedizin in Deutschland A. Gries^{1,2} · M. Helm³ · E. Martin¹ ¹ Klinik für Anaesthesiologie – Bereich Notfallmedizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg ² Luftrettungszentrum Christoph 53, Mannheim ³ Abtl. für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Luftrettungszentrum Christoph 22, Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Leitthema	
Anaesthesist DOI 10.1007/s00101-017-0308-2 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017  CrossMark 2017	Zukunft der Notfallmedizin in Deutschland 2.0 A. Gries¹ · M. Bernhard¹ · M. Helm² · J. Brokmann³ · J.-T. Gräsner⁴ ¹ Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig, Deutschland ² Abt X, Anästhesie und Intensivmedizin, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Ulm, Deutschland ³ Zentrale Notaufnahme, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland ⁴ Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

Anaesthesist 2017; 66: 307-317



Abb. 1 ▲ Im Jahr 1964 in Dienst gestelltes Heidelberger Arzteinsatzfahrzeug („
Foto: Rhein-Neckar-Zeitung, Heidelberg)

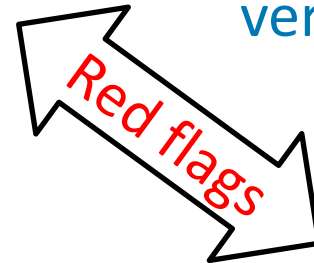


Hypothese: Die **Kombination** ergibt Patientensicherheit

 **SmED Kontakt+**

2

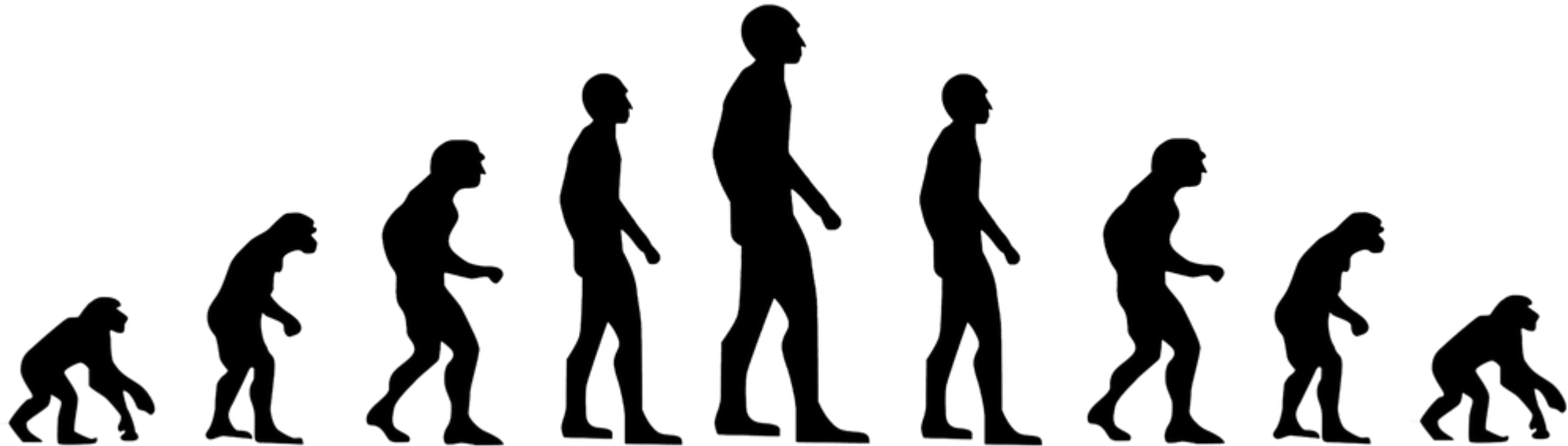
Ordnet Patienten Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung zu



1

Manchester Triage System
Geht davon aus, dass Patient bleibt

SOFORT	rot	0 Minuten
SEHR DRINGEND	orange	10 Minuten
DRINGEND	gelb	30 Minuten
NORMAL	grün	90 Minuten
NICHT DRINGEND	blau	120 Minuten



Evolution Entwicklung Zukunft - Kostenloses Bild auf Pixabay – Pixabay
10.08.2023