



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Sektorenübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung: Modelle und wissenschaftliche Evidenz

VUD Frühjahrsforum, Berlin, 25.4.2018

Joachim Szecsenyi
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung



1 Situation in Deutschland

2 Erkenntnisse aus Europa

Telefonische Ersteinschätzung und Reorganisation des Bereitschaftsdienstes

3 Lösungsansätze und Entwicklungen in Deutschland

Patientensteuerung als Schlüssel zu einer besseren Versorgung?

Bis zu 10 Stunden Wartezeit in Krankenhaus-Ambulanzen

Notfall-Notstand

in Deutschland!

In den Notnahmen von vielen deutschen Krankenhäusern ist die helle, Stundenlange Wartezeit! Einer der Gründe: Laut Experten könnte jeder Zweite auch zum Hausarzt gehen. Was die Politik tut, was Patienten erleben - Seite 3

BILD BERLIN+ 29. JANUAR 2018

Ewige Wartezeiten +++ Unnötige Behandlungen +++ Zu viele Patienten

PATIENT NOTAUFNAHME

IHR PERSÖNLICHES
Bild +
 SUPER-TICKET
 MVYEUQF

Code auf super-ticket.bild.de eingeben und heute exklusiv BildPlus Premium nutzen

Fortsetzung v. S. 1

Berlin - Quälend lange Wartezeiten auf Arzttermine (BILD berichtete) sind nicht das einzige Problem, das die Politik lösen muss. Auch die Notfallambulanz der Krankenhäuser sind ein Fall für die Intensivstation.

DIE GRÜNDE DAFÜR: ZU VIELE PATIENTEN. UNNÖTIGE KRANKENTRANSPORTE UND BEHANDLUNGEN.

Experten schätzen, dass jeder zweite Patient, der die Notaufnahme der Kliniken aufsucht, dort eigentlich nichts zu suchen hat - weil er nur leichte Gesundheitsprobleme (Schmerzen, Fieber, etc.) hat. Für solche Fälle ist eigentlich der ärztliche Bereitschaftsdienst (Tel. 116 117) zuständig.

Die Rettungsdienste (DRK, Feuerwehr etc.) bekommen ihre Transportaufträge auch dann, wenn in den Kliniken zusätzlichen Umsatz.

Laut Studien wächst die Patientenzahl in den Notaufnahmen jährlich um vier bis neun Prozent. Zugleich schrumpfte die Zahl der Krankenhäuser von 2242 (im Jahr 2000) auf derzeit rund 1951.

Der übermäßige Andrang in den Ambulanzen gefährdet sogar Leben, warnen Experten seit Jahren. Im schlimmsten Fall übersehen die Ärzte (im Schichtdienst) unter der Vielzahl von Patienten die ECHTEN, AKUTEN Notfälle.

In vielen Kliniken werden Patienten deshalb in verschiedene Kategorien, je nach Schwere des Falles, eingeteilt („Triage“). So sollen Notfälle schneller behandelt werden. Für alle anderen Patienten heißt das allerdings oft: stundenlanges Warten.

Nach BILD-Informationen soll das Triage-System bald für alle Krank-

Die drei Monate alten Zwillinge Ruby (li.) und Cora wurden auf der Kinderstation des St. Joseph Krankenhauses wegen Lungentzündung behandelt

Quelle:
 BILD, 29.01.2018

Reaktionen von Patienten

SPIEGEL ONLINE

Forum >



Diskutieren Sie über diesen Artikel

insgesamt 67 Beiträge

ZEIT ONLINE

148 Kommentare

Seite 1 von 12

KapArkona 06.09.2016

#26 — 6. September 2016, 14:38 Uhr ★ 5

MiaCK

Ich kann ja mal aus Notaufnahme-Ärztin erzählen, was schon alles bei mir war:

"beim Toben mit Kind Nacken verknackst"

"Kaktusstachel im Finger"

"Kein Stuhlgang seit 3 Tagen ohne weitere Probleme=Verstopfung"

"Nach der Blutabnahme beim Hausarzt tut der Arm noch weh"

immer mehr Leute meinen wenn ihnen ein
...lt ja schließlich KK-Beiträge. Die Einteilung



Honk 06.09.2016

3. Kenn ich...

In einer deutsche
dem Flur verbrach
reichsten Länder

Tubus 06.09.2016

8. Vernünftig

Patienten sind nicht blöd. Sie suchen den bequemsten
Krankenhauses ist von allen alternativen Untersuchung
und hat S

Ich denke, dass viele einfach keinen Hausarzt mehr haben, gerade wenn man neu in einer Stadt ist.

Außerdem gibt es häufig keine 24h Kliniken, das bedeutet, dass man dann am Wochenende mit z.B.



zora81 07.09.2016

22.

Ich bin Ärztin, habe selbst schon in Rettungsstellen gearbeitet und kann bestätigen, dass mindestens 2/3
der Patienten ein Fall für die Niedergelassenen sind. Dort wartet man beim Facharzt aber mitunter
monatelang auf einen [...]



Knosow

Die Nota

Und sie ist auch noch auf, wenn ich von der Arbeit komme.

018 |

← Antworten 🚩 Melden ★ Empfehlen

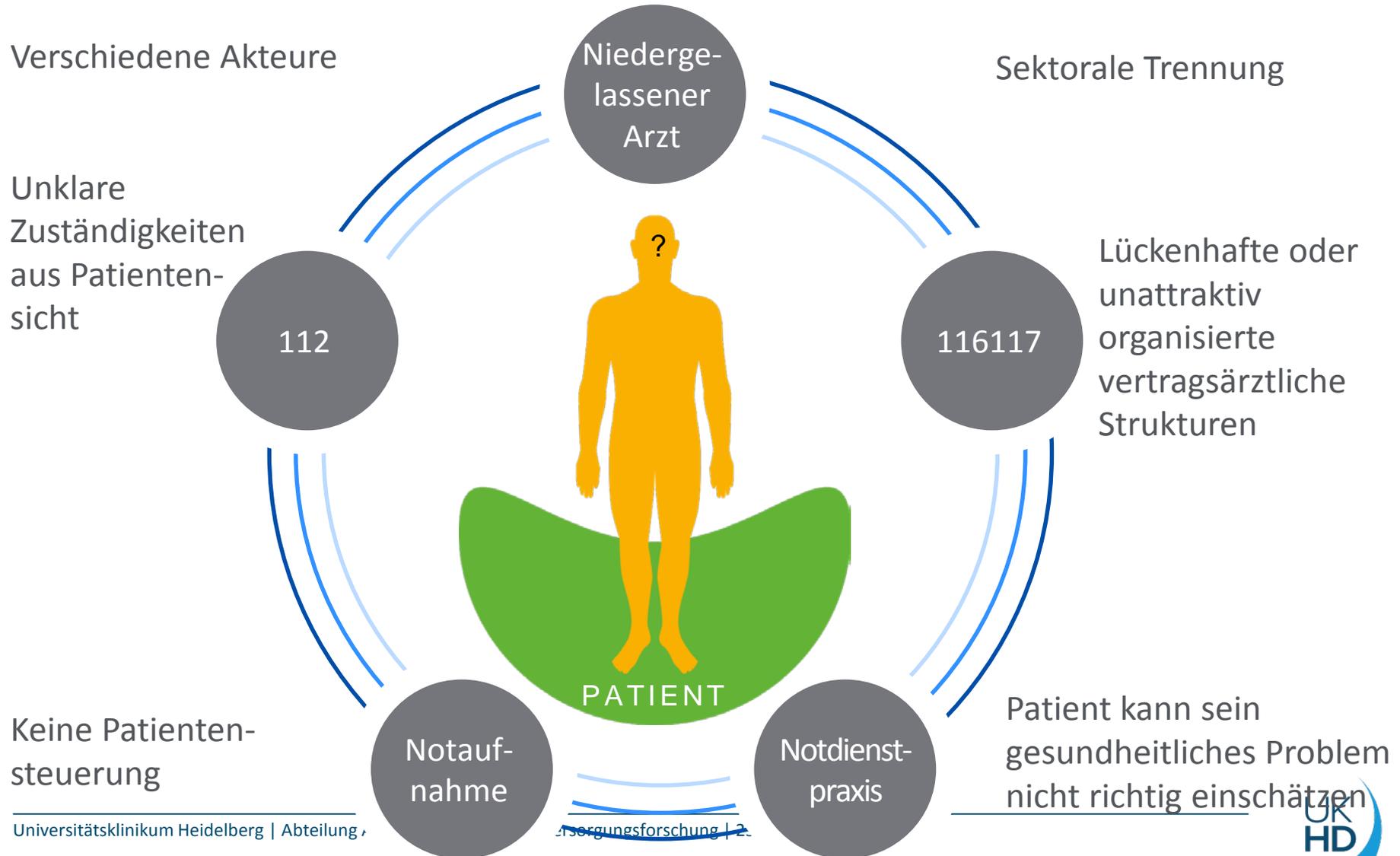
Versorgungssituation

Ca. 20 bis 25 Millionen Patienten (Fälle) im Jahr in den Notaufnahmen der Krankenhäuser

- davon ca. 10 Millionen ambulant (Tendenz steigend)
- Anteil der „Selbstvorsteller“ 37 % (DGINA-Befragung), teilweise deutlich höher
- Verschiedene Autoren schätzen, dass zwischen $\frac{1}{3}$ und $\frac{2}{3}$ der Patienten im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden könnten.

Hinweis: Datenlage schwierig, da unterschiedliche Angaben in verschiedenen Studien

Schwachstellen in der Versorgung



Viele Gutachten zum Thema

Eckhard Nagel, Benno Neukirch, Andreas Schmid, Gerhard Schulte

Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland

Gutachten

im Auftrag des



Neustrukturierung der Notfallversorgung

Positionspapier des GKV

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |



Christopher Niehues

Notfallversorgung in Deutschland

Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement

Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung

Projektphase II

Ergebnisbericht für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland Berlin, 19. Juli 2016

Kontakt: Dr. Martin Albrecht T +49 30 230 309 0 Martin.Albrecht@iges.de

IGES Institut GmbH Inpatientienstraße 140 10117 Berlin www.iges.com

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe



Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus

Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse

der

Management Consult Kestermann GmbH (MCK)

erstellt in Kooperation mit der

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA)

Dipl.-Ges.-Ök. Christoph Haas (MCK)

Dipl.-Ök. Matthias Larbig (MCK)

Dr. med. Timo Schöpke, MBA (DGINA)

Klaus-Dieter Lübke-Näberhaus (MCK)

Dipl.-Ges.-Ök. Christopher Schmidt (MCK)

Dr. rer. pol. Matthias Brachmann (DGINA)

Prof. Dr. med. Christoph Dodt (DGINA)

Hamburg, 17.02.2015

Management Consult Kestermann GmbH
Höflichkeitshaussee 95
20253 Hamburg

Ambulante Notfallversorgung



RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Notfallversorgung in Deutschland

Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

April 2018

PiNo Nord Studie

(Scherer et al. DÄB 2017)

- Befragung von 1.175 Patienten in Notaufnahmen
- 54,7 % der Patienten gaben eine niedrige Behandlungsdringlichkeit an.
- 41,3 % der Patienten kamen auf eigene Initiative in die Notaufnahme.
- 17,0 % gaben eine Empfehlung/Einweisung durch den Hausarzt und 8,0 % eine Empfehlung/Einweisung durch einen Fachspezialisten an.
- Die stärksten **Prädiktoren für niedrige subjektive Behandlungsdringlichkeit** waren Traumata am Bewegungsapparat (Odds Ratio [OR]: 2,18), Affektionen der Haut (OR: 2,15) und die Nichtverfügbarkeit einer geöffneten Hausarztpraxis (OR: 1,70).

Welche Patientenpopulation drängt vom ambulanten System in die Notaufnahmen?

PiNo 

Bei 36% Beschwerdedauer 3 Tage oder länger
Älter, besorgter, dringlicher, mehr Komorbiditäten, v.a.
Herz-Kreislaufsystem und dem muskuloskel. Bereich + Haut
Selten eigener Entschluß, Empfehlung HA/Fachspezialist,
weniger „Verfügbarkeitsprobleme“

(Nur) 50% der Patienten sind wegen der
selbst empfundenen Dringlichkeit der
Erkrankungen in der Notaufnahme

Warum kommen die Patienten?

Bereitschaftsdienstzentrale Rimbach/Odw.), N=8.915 konsekutive Fälle

Leutgeb, Szecsenyi, Kühlein, Laux: Das Gesundheitswesen 2015

Rang	ICPC-Code	Beratungsanlass	n
1	A03	Fieber	652
2	S12	Insektenbiss/-stich	619
3	R21	Hals-/Rachensymptome/-beschwerden	595
4	R05	Husten	527
5	L03	Untere Rückensymptomatik/-beschwerden	478
6	H01	Ohrschmerz	418
7	D10	Erbrechen	378
8	A01	Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen	339
9	S18	Lazeration/Schnitt	299
10	D01	Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	277
11	D11	Durchfall	259
12	D09	Übelkeit	250
13	S16	Prellung/Kontusion	240
14	S19	Hautverletzung, andere	212
15	S06	Rötung/Ausschlag, lokalisiert	207
16	L02	Rückensymptomatik/-beschwerden, BWS/n.s.	191
17	N01	Kopfschmerz	177
18	S13	Tier-/Menschenbiss	168
19	S17	Abschürfung/Kratzer/Blase	160
20	F02	Augenrötung	156

1 1 6 1 1 7

Ärztlicher
Bereitschaftsdienst



Notaufnahme

Erkenntnisse aus Europa: Telefonische Ersteinschätzung und Reorganisation des Bereitschaftsdienstes

- Großbritannien
- Niederlande
- Schweiz

Großbritannien

- Einbindung von *primary care* in Notfallversorgung schon länger auf der Agenda

(NHS (2015). Primary Care in Emergency Departments. A guide to good practice. The Emergency Care Intensive Support Team; NHS Alliance; The College of Emergency Medicine; Primary Care Foundation.)

- Ansatz der telefonischen Triage seit mehr als zwei Jahrzehnten erprobt
- Heterogene Effekte festgestellt
 - Sicherheit prinzipiell gegeben (Lattimer 1998)
 - ca. 50% der Anrufe können am Telefon (zunächst) abschließend geklärt werden (Bunn et al. 2005)

Großbritannien

- (Newbould et al., BMJ 2017) :
 - „telephone first“ (Anruf durch Allgemeinmediziner vor f2f-Arztkontakt) führt trotz stark sinkender f2f-Kontakte zu durchschnittlich insgesamt höherer Arbeitsbelastung der Ärzte (aber große Schwankungen zwischen Praxen)
 - keine Hinweise auf niedrigere Inanspruchnahme von emergency care
 - aber auch: Patienten und Mitarbeiter nehmen durch schnelleren Arzt-Patienten-Kontakt höhere Sicherheit wahr

Niederlande

- Out-of-hours-care wird in primary care physician cooperatives (PCP cooperatives; 50 bis 250 Ärzten in organisierten Bereitschaftsdienstbereichen) angeboten
- Verfügbar via Telefon
 - Alternativen: Notaufnahmen oder 112
- Telefontriage in PCP cooperatives durch Pflegekräfte (Smits et al. 2017)
 - Neues Modell: Integration von mehr als 50% der PCP coop. mit Notaufnahmen
 - Inanspruchnahmen der Notaufnahmen um 13 bis 22% reduziert
 - Einer der Schlüssel: Einbindung und Schulung von Pflegekräften in telefonischer Ersteinschätzung/Triage
- [Smits M](#) et al. (2017): The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review. [Ann Intern Med.](#) 2017 May 16;166(10):737-742.

Schweiz

- Telefonische Ersteinschätzung/Triage schon seit längerem erprobt
 - Telemedizinische Fernbehandlung fester Bestandteil der Versorgungslandschaft („Medgate“ u.a.)
- Swiss Medical Assessment (SMASS) als webbasiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Patientensteuerung (Telefon. App)
- Sicherheit der Telefontriage stark mit (regelmäßiger) Schulung der beteiligten Pflegekräfte (und ggf.Ärzte) verknüpft (Meer et al. BMJ 2012, 2017)

Theorem von Bayes

- Im Niedrigprävalenzbereich ist der positive Vorhersagewert („rule in“) von Tests geringer als im Hochprävalenzbereich.
- Dafür ist im Niedrigprävalenzbereich der negative Vorhersagewert („rule out“) höher.
- Diese Schwächen der Diagnostik sind systemimmanent. Wenn diese epidemiologische Gesetzmäßigkeit missachtet wird, steigt der Aufwand für Diagnostik und falsch positive Ergebnisse nehmen zu
- Die Problematik kann durch Vorfilterung und Stufendiagnostik zum Teil reduziert werden.
 - Strukturierte Ersteinschätzung am Telefon oder am Gemeinsamen Tresen)
 - Abwendbar gefährlicher Verlauf („red flag“)
 - Abwartendes offenhalten („test of time“, „watchful waiting“)

1 1 6 1 1 7

Ärztlicher
Bereitschaftsdienst



Notaufnahme

Lösungsansätze und Entwicklungen in Deutschland

Vernetzung und Standardisierung

- (Spätestens) seit KHSg: Ansiedlung von Notdienstpraxen in (der Nähe) von Notaufnahmen
- Verzahnung von medizinischen Einsatzzentralen der KVen (116117) und Rettungsleitstellen (112)
 - unterschiedlichste Formen der Kooperation in verschiedenen Bundesländern
- Problem: (Medizinische) Grundlage für Kooperation fehlt
- Idee: Strukturierte Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs

Triage vs. Ersteinschätzung

- Triage primär „nur“ Dringlichkeitseinschätzung (z.B. Manchester Triage)
- (Strukturierte) Ersteinschätzung vereint zwei Dimensionen
 - Time-to-treat (Dringlichkeit)
 - Point-of-care (Ort der Versorgung)
- Einsatz eines Instruments an der Schnittstelle von Versorgungssektoren geplant

Handlungsempfehlungen – VdeK Gutachten (AQUA 2016)

Empfehlungen zur Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung durch Portalpraxen

- Portalpraxen bundesweit einrichten
- Verlässliche Öffnungszeiten und Zuständigkeiten definieren
- Standardisierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs etablieren
- Kooperationsvereinbarungen schließen und Vergütungsregelungen anpassen

Weitere Empfehlungen zur ambulanten Notfallversorgung

- Gemeinsame Leitstellen einrichten
- Angebote im niedergelassenen Bereich für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf ausbauen
- Qualifikation des Personals sicherstellen
- Patientenkompetenzen stärken



Gemeinsamer Tresen der Portalpraxis als gemeinsame Anmeldung von Notdienstpraxis und Notaufnahme

Standardisierte Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs



Niedergelassener
vertragsärztlicher Bereich
(innerhalb der
Sprechzeiten)



Sofern vorhanden:
Notdienstpraxis



Notaufnahme



Foto: <https://www.shutterstock.com/g/Viappy>

Gemeinsame Leitstelle

Anruf bei 112 oder 116117

116117: ausfallsicher,
rund um die Uhr
erreichbar

Standardisierte Notrufabfrage in der gemeinsamen
(oder eng kooperierenden) Leitstelle

Hausbesuch



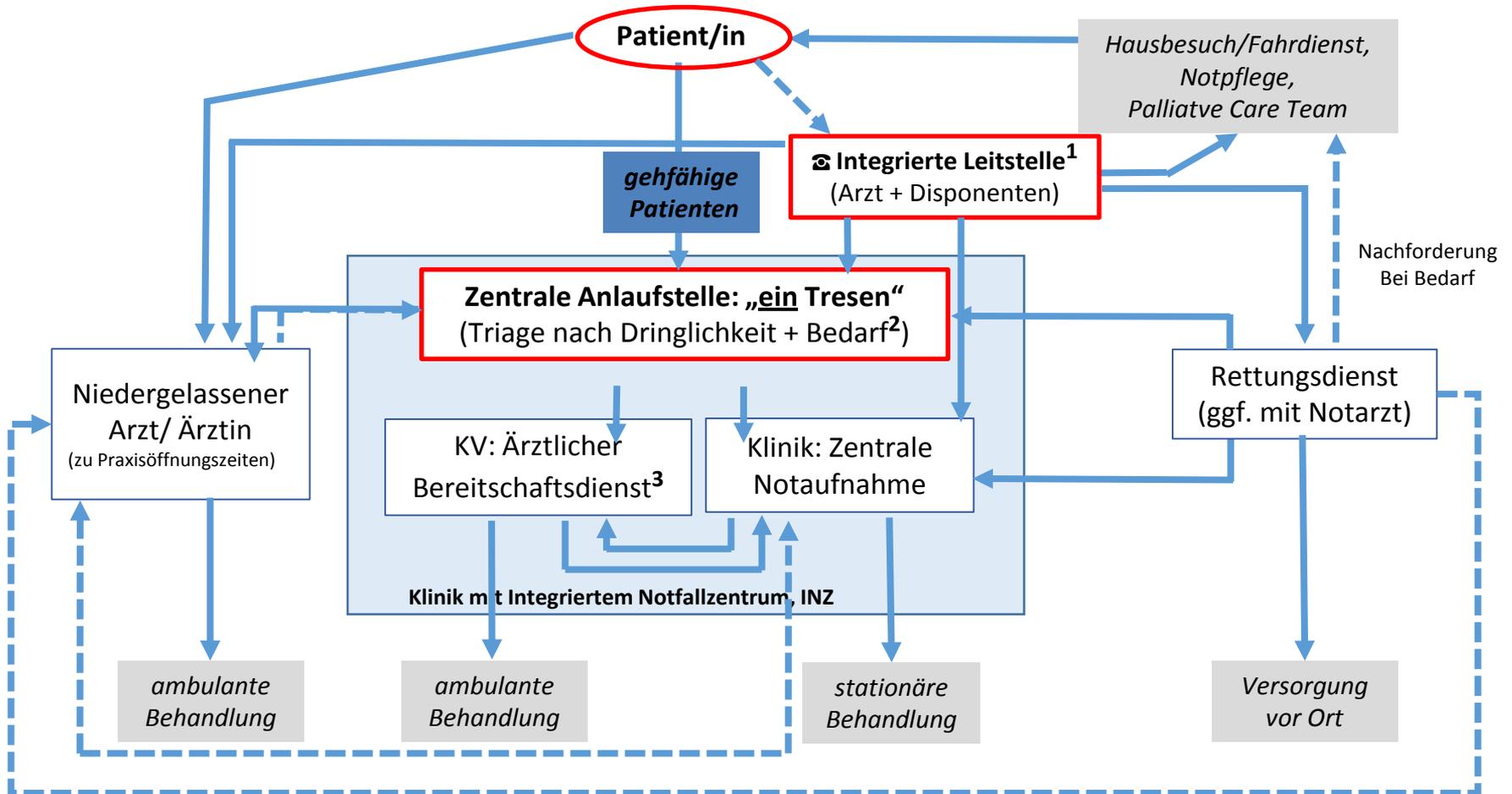
Niedergelassener
vertragsärztlicher Bereich/
Notdienstpraxis



Rettungsdienst/
Notarzt



Entwurf: Empfehlung des Sachverständigenrates (Stand: 2017)



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung

Aktuelle Entwicklungen

- Standardisierte Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs als Grundlage für Einsteuerung in richtige Versorgungsebene
 - Rufnummer 116117 (und 112)
 - Portalpraxen/gemeinsamer Tresen
- aQua-Institut erprobt neues Konzept im vom Innovationsfonds geförderten Projekt DEMAND
 - Projektpartner: 11 KVen, Zi, DKI, Universitäre Einrichtungen, Krankenkassen(-verbände), Kliniken...
- KV Baden-Württemberg erprobt Beratung per videogestützter Fernbehandlung („docdirect“) mit Zuweisung in Bereitschaftsdienst und ggf. Terminvermittlung Arztpraxen

Herausforderungen für Universitätsklinika

- Unterschiedliche zu versorgende Populationen (z.B. Morbidität, Inanspruchnahmeverhalten, sozioökon. Faktoren)
- Strukturveränderungen im System
- Bauliche Bedingungen (z.B. mehrere Notfallambulanzen, Integration des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, Organzentren)
- Kooperation mit KV und Rettungsdienst
- Training Pflegepersonal und Ärzte
- Aufklärung Patienten, Kompetenzen stärken
- **Ziel:** Standardisierte, strukturierte Ersteinschätzung im eigenen Haus, Stufendiagnostik, Einbeziehung von Generalisten in integrierte Notaufnahme, Einsteuerung der Patienten in richtige Fachabteilung

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

