

# AMBULANTE NOTFALLVERSORGUNG – NOTFÄLLE VERMEIDEN MODUL FÜR MODERATOREN AUGUST 2018



# INHALT

PROLOG	4
.....	
ARBEITSZIELE	5
.....	
THEMENHINTERGRUND	6
.....	
EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZIRKELMODERATION	11
.....	
UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN	16
.....	
KURZVERSION	26
.....	
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	27
.....	
WEITERE INFORMATIONSQUELLEN	28
.....	
LITERATURVERZEICHNIS	43
.....	

## Autoren:

Christiane Bürger  
Peter Bürger  
Ingrid Quasdorf

## Mitwirkung:

Norbert Sponsel

## PROLOG

Das Thema Notfallversorgung von Patienten ist eines der bestimmenden Themen der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. Aufgrund seiner Relevanz ist es in den Koalitionsvertrag aufgenommen und aktuell zum Bestandteil des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) der Bundesregierung gemacht worden. Das Problem ist, dass zu viele Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen, ohne dass ein akuter stationärer Behandlungsbedarf besteht. Gründe dafür sind z.B.:

- › primäre Vorstellung in der Krankenhausambulanz, da dort i.d.R. mehr Akutdiagnostik geleistet wird (z.B. sofortiges Röntgen, Labor)
- › Umgehung langer Wartezeiten in der Regelsprechstunde
- › unzureichende Gesundheitskompetenz für ein eigenverantwortliches Handeln

Darüber hinaus entstehen auch Krankenhausfälle, die durch eine vorbeugende und besser koordinierte ambulante Versorgung ggf. vermeidbar wären.

Zur Entlastung der Notfallambulanzen wurden an ausgewählten Krankenhäusern Bereitschaftsdienstpraxen eingerichtet.

Im Fokus der öffentlichen Diskussion stehen sowohl die Patientensicherheit als auch ein effizienter Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen insgesamt. Patienten sollen dort behandelt werden, wo es ihrem Behandlungsbedarf entsprechend erforderlich ist – unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots: ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend (§ 12 SGB V).

Das aQua-Institut hat 2016 ein Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung<sup>1</sup> erstellt und Handlungsempfehlungen abgeleitet, die von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) aufgegriffen worden sind.

In einem Eckpunktepapier haben sich KBV und KVen eindeutig zum Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung bekannt und sieben Eckpunkte<sup>2</sup> formuliert. Zu den Handlungsfeldern zählen u.a. eine qualifizierte Ersteinschätzung rund um die Uhr und die Einrichtung von Portalpraxen an Krankenhäusern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Marburger Bund haben ein Reformkonzept für die Notfallversorgung<sup>3</sup> vorgelegt. Es setzt auf vernetzte Notrufnummern für Rettungs- und Bereitschaftsdienst, eine zentrale Anlaufstelle für die Patienten und eine einheitliche Ersteinschätzung.

Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung war die Einführung der einheitlichen Rufnummer 116117 für Patienten mit akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Beschwerden. Die Terminservicestellen der KVen sollen künftig an allen Wochentagen rund um die Uhr (24/7) erreichbar sein. Die Bereitschaftsdienstnummer wird schrittweise um Beratungsangebote ausgebaut.

Der geplante Einsatz einer Software für ein „Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland - SmED“ stellt einen weiteren Schritt dar, um Patienten unter der Nummer 116117 rund um die Uhr eine Anlaufstelle bei akuten Beschwerden zu bieten. Das standardisierte Verfahren soll eine sichere Empfehlung ermöglichen, welche

Patienten die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen müssen. Die übrigen Ratsuchenden sollen möglichst direkt dorthin vermittelt werden, wo ihnen am besten geholfen werden kann.

Mit der Diskussion um das Thema Notfallversorgung geht die grundsätzliche Frage einher, welche Voraussetzungen erforderlich sind, um Notfallsituationen und damit unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Dazu zählen nicht nur eine gute ambulante Versorgung, sondern auch personelle, strukturelle sowie finanzielle Aspekte und nicht zuletzt die Mitwirkung der Patienten.

Einige der damit im Zusammenhang stehenden Erfordernisse müssen auf der Ebene des Gesetzgebers oder der Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitswesen in Angriff genommen werden, andere können auch durch Vertragsärzte unmittelbar beeinflusst werden. Es lohnt sich, die Themen Notfallvermeidung und Notfallmanagement in der ambulanten Versorgung im geschützten Raum eines Qualitätszirkels (QZ) zu diskutieren. Das hier vorliegende Modul soll dazu motivieren und eine Empfehlung für das Vorgehen geben.

## ARBEITSZIELE

### FÜR TUTOREN:

- › Der Tutor kann Moderatoren schulen, das Thema „Ambulante Notfallversorgung“ unter Verwendung des vorliegenden Moduls strukturiert im Qualitätszirkel (QZ) umzusetzen.
- › Er kann in das Thema „ambulant-sensitive Diagnosen“ einführen und gemeinsam mit Moderatoren Strategien entwickeln, um Notfallsituationen im Kontext ausgewählter Erkrankungen zu vermeiden. Dabei nutzt er seine Erfahrungen aus der Praxis und dem Bereitschaftsdienst.
- › Er besitzt die Kompetenz, relevante Aspekte des Qualitätsmanagements einschließlich des Notfallmanagements in die Schulung einzubeziehen.
- › Er kann das Bewusstsein fördern, dass Gesundheitskompetenz bei den Patienten hilft, Notfälle zu vermeiden.
- › Er kennt verschiedene Triage-Modelle und kann sie erläutern.

### FÜR MODERATOREN:

- › Der Moderator ist ausgebildet, einen Qualitätszirkel zum Thema „Ambulante Notfallversorgung“ strukturiert und ergebnisorientiert zu leiten.
- › Der Moderator kann mit den Teilnehmern Notfälle und Notfallsituationen in der Praxis reflektieren und dazu Handlungsempfehlungen für das praxisinterne Qualitätsmanagement der Teilnehmer erarbeiten.
- › Er kann die Teilnehmenden anleiten, Strategien zu entwickeln, um Notfälle zu vermeiden.
- › Er kann einen Überblick über relevante Triage-Modelle geben.
- › Er kann mit den Teilnehmern Ideen entwickeln, wie Patientenkompetenz gestärkt werden kann, um Patienten in eine ihrem Behandlungsbedarf entsprechende Versorgung zu lenken.
- › Er kann die Qualitätszirkel-Teilnehmer zum Transfer der im Zirkel erarbeiteten Handlungsoptionen in die Praxis motivieren.

### FÜR QZ-TEILNEHMER:

- › Die Teilnehmer haben sich über relevante Krankheitsbilder ausgetauscht, die zu Notfällen und nicht geplanten Krankenhausbehandlungen führen können. Sie haben Handlungsoptionen entwickelt, um potenzielle Notfallsituationen zu verhindern.
- › Sie haben verschiedene Modelle für die Ersteinschätzung potenzieller Notfallpatienten kennengelernt und können sie für ihre Praxis nutzen.
- › Die Teilnehmer haben Empfehlungen gesammelt, wie Praxen dazu beitragen können, die Gesundheitskompetenz der Patienten zu stärken.
- › Die Teilnehmer haben das Notfallmanagement der eigenen Praxis reflektiert und im Austausch mit Kollegen Anregungen erhalten, um es weiterzuentwickeln.

## THEMENHINTERGRUND

Ein medizinischer Notfall ist definiert als ein „akuter, lebensbedrohlicher klinischer Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation“. Die Versorgung von Notfallpatienten erfolgt i.d.R. durch den ärztlichen Notfalldienst und Notfallambulanzen an Krankenhäusern.<sup>4</sup>

Die Versorgung von Notfällen - auch außerhalb der Sprechstunden - ist Teil des Sicherstellungsauftrags. Die Auseinandersetzung mit der Thematik erfordert jedoch eine sehr differenzierte Betrachtung und nicht alle Aspekte können von Praxen mitgestaltet werden. Einige wesentliche Aspekte des Themas sollen im Folgenden kurz dargestellt werden. Sie dienen als Diskussions- und Arbeitsgrundlage für den kollegialen Austausch in ärztlichen/psychotherapeutischen Qualitätszirkeln.

### 1. In erster Linie sollte es darum gehen, Notfälle grundsätzlich zu vermeiden.

Das wird nicht immer möglich sein. Nicht alle Patienten, die akut stationär aufgenommen werden, sind ambulant behandelbar. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Krankenseinweisungen unumgänglich.

Einen Ansatz, sich mit vermeidbaren Krankenhausfällen auseinanderzusetzen, bietet das Konzept der ambulant-sensitiven Diagnosen. Diesem Konzept liegt die Annahme zugrunde, dass Krankenhausfälle infolge bestimmter Diagnosen durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermieden werden könnten.<sup>5</sup>

Der konsentrierte deutsche Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen bietet eine Grundlage, um zu analysieren, welche Patienten der eigenen Praxis potenziell zu Notfallpatienten

werden könnten. „Laut Teilnehmern der Delphi-Studie ist die effektive Behandlung chronischer Erkrankungen die Maßnahme, welche die Hospitalisierungsrate infolge ambulant-sensitiver Krankheitsfälle potentiell am besten reduzieren kann. Weiterhin häufig gewählte Maßnahmen sind die frühzeitige Diagnose von Krankheiten und andere primärpräventive Maßnahmen. Immunisierung spielt wie erwartet insgesamt eine untergeordnete Rolle, da diese nur bei wenigen Krankheiten anwendbar ist.“ (versorgungsatlas.de, Bericht Nr. 15/18, veröffentlicht am 27.10.2015)

Die kontinuierliche, evidenzbasierte Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen stellt in diesem Kontext ein Erfolgsbeispiel guter Patientenversorgung dar.

Neben strukturellen Voraussetzungen, wie zum Beispiel der Besetzung freier Arztstühle im Rahmen von Förderprogrammen der Kassenärztlichen Vereinigungen, können verschiedene weitere Maßnahmen dazu beitragen, potenzielle Notfallpatienten gut zu versorgen und das Risiko von Notfällen zu senken. Das betrifft zum Beispiel den Ausbau des Bereitschaftsdienstes, die Einrichtung von Portalpraxen an Krankenhäusern oder auch das Telenitoring, genauso wie verbesserte Durchimpfungsraten oder eine hohe Inanspruchnahme empfohlener Vorsorgeprogramme durch Patienten.

Auch die telefonische Beratung von Patienten kann dazu beitragen,

Notfälle bzw. das Aufsuchen der Notaufnahme zu vermeiden. Bislang war die telefonische Beratung nach dem Berufsrecht nur bei persönlich bekannten Patienten zulässig [vgl. Krüger-Brand HE, Problematik der Fernbehandlung, Dtsch Arztebl 2016; 113(1-2)]. Der Deutsche Ärztetag 2018 hat jetzt den Weg für eine alleinige Fernbehandlung frei gemacht.

Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation, verständliche, krankheitsbegleitende Informationen oder auch Patientenschulungen sind ebenfalls Bausteine, um Unsicherheiten und Ängste bei Patienten zu reduzieren, die sie in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser führen (siehe hierzu auch die Qualitätszirkel-Module „Methoden und Instrumente der Evidenzbasierten Medizin – evidenzbasierte Patienteninformation“ und „Arzt-Patienten-Kommunikation“ unter [www.kbv.de/qz](http://www.kbv.de/qz)). Perspektivisch werden auch digitale Anwendungen Möglichkeiten eröffnen, um Patienten bei der Bewältigung ihrer Erkrankungen zu unterstützen und die Patientenadherence zu fördern.

### 2. In der Praxis auf Notfälle gut vorbereitet sein

Notfälle können bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und auch unabhängig davon auftreten. Sie erfordern neben der korrekten Notfallausstattung, die zum Zeitpunkt vollständig und funktionsfähig sein muss, ein abgestimmtes Handeln im geschulten Team. Unzureichende Vorbereitung auf Notfälle gefährdet nicht nur Patienten, sondern kann auch erhebliche

juristische Konsequenzen haben. Das Notfallmanagement ist Bestandteil des Qualitätsmanagements. Nach dem Sozialgesetzbuch sind Praxen verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a Abs. 2 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Qualitätsmanagement-Richtlinie<sup>6</sup> bestimmt, dass im Rahmen des Qualitätsmanagements insbesondere auch das Notfallmanagement zu regeln ist. Dazu heißt es: „Es wird eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfalleinrichtung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert wird, vorgehalten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult.“

Für die Umsetzung der normativen Vorgaben bieten der QEP-Qualitätsziel-Katalog<sup>7</sup> und das QEP-Manual<sup>8</sup> (auch das QEP-Manual für Psychotherapeuten<sup>9</sup>) hilfreiche Unterstützung. Der Bereich Notfallmanagement ist im Kapitel 1 „Patientenversorgung“ des QEP-Qualitätsziel-Katalogs (Qualitätsziel 1.3.4) mit zwei Kernzielen zur

Versorgung von Notfallpatienten und zur Notfalleinrichtung verortet. Zusätzlich können Qualitätszirkel bei der Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements unterstützen und dabei helfen, im kollegialen Austausch Synergieeffekte zu erschließen.

Wichtig ist, Verantwortlichkeiten und Abläufe – vorzugsweise in einem schriftlichen Notfallplan – zu regeln, Notfalltrainings und Schulungen regelmäßig durchzuführen und Notfallsituationen in den Teamsitzungen zu reflektieren.

Für die Bearbeitung des Themas „Notfallmanagement in Praxen“ steht Qualitätszirkeln das Modul „QEP® im QZ: Notfallmanagement“ zur Verfügung ([www.kbv.de/qz](http://www.kbv.de/qz)).

### 3. Notfälle sicher identifizieren

Das Praxisteam muss Notfälle sowohl am Telefon als auch am Empfang sicher identifizieren und die erforderlichen Maßnahmen einleiten können. Dies kann auch eine sofortige Einweisung ins Krankenhaus bedeuten. Checklisten (Arbeitsblatt/ AB 1: Notfallkriterien) mit definierten

Kriterien oder Triage-Systeme helfen, Notfallpatienten zu erkennen und unverzüglich versorgen zu können.

Triage ist ein strukturiertes Verfahren zur Priorisierung medizinischer Hilfeleistungen bzw. Behandlungen nach ihrer Dringlichkeit. Für eine sichere Triage sind in der Praxis bestimmte Voraussetzungen erforderlich, so z.B. Kompetenzen des Teams, organisatorische Voraussetzungen, Kommunikation, Feedback, Fallbesprechungen, Lernprozesse usw. Wie diese Voraussetzungen reflektiert bzw. geschaffen werden können, vermittelt z.B. der Praxisleitfaden „Telefontriage unter der Lupe“<sup>10</sup>.

Häufig genutzte Triage-Modelle sind:

- ▶ Manchester Triage System (MTS/ vorzugsweise in Krankenhäusern, Abbildung 1)
- ▶ Telephone Triage and Advice (TTA) als telefonische Variante des MTS
- ▶ Swiss Medical Assessment System (SMASS/Red Flaggs)

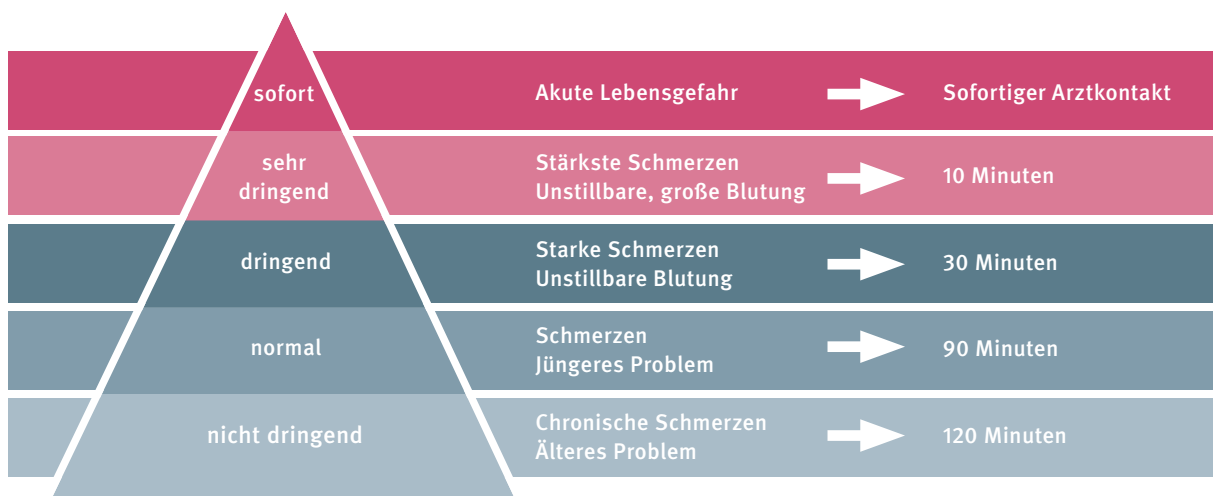



Abbildung 1: Aufbau des Manchester-Triage-Systems

Die nachfolgende Abbildung 2 stellt das Red-Flag-System der Schweiz und das Manchester-Triage-System vergleichend gegenüber.

	<b>RED FLAGS – ALARMSYMPTOME DER MEDIZIN</b>	<b>MANCHESTER TRIAGE SYSTEM (MTS)</b>
Erarbeitet in	Schweiz	England
Erarbeitungsprozess	Expertenkonsens	Expertenkonsens
Erstpublikation	Red Flags - Alarmsymptome der Medizin, D&F Verlag. 2013	Emergency Triage - Manchester Triage Group Blackwell Publishing 1996
Autoren/ Verantwortliche	Schaufelberger M, Furger D, Derks H, Meer A et al.	Mackway-Jones, Marsden J, Windle J
Sprach-/ Kulturraum	Originär für deutschsprachigen Sprach-/Kulturraum konzipiert (Schweiz, Deutschland, Österreich). Einsatz im angelsächsischen Sprach-/Kulturraum gegenwärtig nicht vorgesehen	Originär für angelsächsischen Sprach-/Kulturraum konzipiert. Übersetzung und Anpassung an deutschsprachigen Raum: Krey J, Moecke HP. Ersteinschätzung in der Notaufnahme - das Manchester Triage System. Huber Verlag
Zielanwendungsbereich	„Red Flags“ = standardisiertes Verfahren zur medizinischen Ersteinschätzung in Hausarztpraxen, Notfallpraxen und Arztrefuzentralen	„Manchester-Triage-System“ = standardisiertes Verfahren zur medizinischen Ersteinschätzung in der Notaufnahme von Krankenhäusern und Rettungsstellen
Konzipiert/ geeignet für	Real- und Telefonkonsultationen (z.B. im Rahmen der Terminvergabe bei der Sprechstundenplanung)	Realkonsultation (z.B. bei der Triage der neu eintreffenden Patienten in der Notaufnahme)
Anwender	Nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen (z.B. MFA) in Hausarztpraxen, Notfallpraxen und Arztrefuzentralen	Nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen (z.B. Notfallpflege) in der Notaufnahme von Krankenhäusern
Patientenevaluation	Reine Patientenbefragung (Anamnese)	Patientenbefragung (Anamnese) u. Untersuchung notwendig (z.B. Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie, Peak-Flow)
Zielgruppe	Hausarztpraxen, Notfallpraxen und Arztrefuzentralen	Notaufnahme von Krankenhäusern
Einschätzungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Notaufnahme Krankenhaus/ Rettungswagen sofort</li> <li>&gt; Haus-/Notarztpraxis:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Termin sofort</li> <li>- Termin heute</li> <li>- Termin später</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Sofort - 0 Min.</li> <li>&gt; Sehr dringend - 10 Min.</li> <li>&gt; Dringend - 30 Min.</li> <li>&gt; Normal- 90 Min.</li> <li>&gt; Nicht dringend - 120 Min.</li> </ul> 
Behandlungsvorschlag	In der Softwareversion (SMASS-Triage s.u.): Vorschlag für Maßnahmen bis zum Arztbesuch	Kein Behandlungsvorschlag
Instrumente	Buch Schulung Webbasierte Software (SMASS-Triage)	Buch Schulung

**Abbildung 2:** Vergleich Triage-Systeme (Quelle: Andreas Kintrup, APS-Jahrestagung 2017)

Insbesondere in Praxen findet vielfach eine „Vor-Triage“ in Form einer Befragung nach bestimmten krankheitsbezogenen Symptomen statt, um die Dringlichkeit der Versorgung beurteilen zu können.

Untersuchungen beschreiben die Telefon-Triage als sicherheitsrelevanten Prozess, insbesondere in der Hausarztpraxis.<sup>11</sup> Ein entsprechendes Modellprojekt „GOINakut“ zur telefonischen Notfall-Triage hat positive Ergebnisse gezeigt. Das Projekt ist 2016 an den Start gegangen. Patienten konnten sich bei einem – nach eigener Beurteilung – medizinischen Notfall an eine Telefonhotline wenden. Anhand wissenschaftlich validierter Fragebogen erhielten die Anrufer von Ärzten eine Einschätzung, ob sie in die Notaufnahme eines Krankenhauses oder zu einem Bereitschaftsarzt gehen sollten oder ob es ausreicht, dass sie in den nächsten Stunden oder am nächsten Tag ihren Haus- oder Facharzt oder eine Apotheke aufsuchen.<sup>12</sup>

Präventiv kann es hilfreich sein, potenzielle Risikopatienten der Praxis zu identifizieren, zum Beispiel aufgrund ihrer Vorerkrankungen oder chronischer Krankheitsverläufe. Die Anamnese (AB 2: Anamnesebogen für Patienten) und das Arzt-Patienten-Gespräch liefern dazu die erforderlichen Informationen. Die Patientenakte kann mit einem entsprechenden Vermerk versehen werden.

#### 4. Gesundheitskompetenz der Patienten stärken

Die Gesundheitskompetenz der Bürger ist wichtige Voraussetzung für eine gesunde Lebensführung, den Umgang mit gesundheitlichen Risiken und die Vermeidung von Krankheiten. Es ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Gesundheitskompetenz zu stärken.

Im Krankheitsfall fällt diese Aufgabe

insbesondere dem behandelnden Arzt zu, denn das Wissen der Patienten um ihre Erkrankung und den Umgang damit erhöht die Patientenadherence und beeinflusst sowohl den Behandlungsverlauf als auch das Behandlungsergebnis positiv.

Dem Arzt-Patienten-Gespräch kommt daher eine ganz besondere Bedeutung zu. Zusätzlich stellen Praxen verlässliche Informationen (oder Informationsquellen) zu vielen Krankheitsbildern zur Verfügung und bieten teilweise auch krankheitsbezogene Schulungen für ihre Patienten an. Für Fragen der Patienten sind sie erste Ansprechpartner.

Im Qualitätszirkel könnten dazu zum Beispiel die folgenden Fragen diskutiert werden:

Wie sollten Patienten auf Notfallsituationen vorbereitet sein und welchen Beitrag können Praxen dazu leisten?

Welche Informationen sollen Patienten im Notfall bereithalten?

Wie sollen sich Patienten in Notfallsituationen verhalten?

Wissen die Patienten, wo sie sich im Notfall - auch außerhalb der Sprechstundenzeiten - hinwenden können?

Wie können Praxen Patienten beraten, damit diese sich bei Bagatellfällen selbst versorgen können (Informationsmaterial, ggf. Schulungen usw.)?

Letztendlich trägt die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten auch dazu bei, Patientenströme zu steuern und Patienten dort zu versorgen, wo es angemessen ist. Das Thema steht auch auf der politischen Agenda. Das Bundesministerium für Gesundheit hat dazu 2017 gemeinsam mit 14 Partnerorganisationen die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ gegründet, an der

auch die KBV beteiligt ist ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)). Wesentliche Ziele der Allianz sind die Verbesserung von gesundheitlicher Bildung, Information und Kommunikation im Gesundheitswesen im Rahmen eines nationalen Aktionsplans.

#### 5. Ausbau des ärztlichen/psychotherapeutischen Bereitschaftsdienstes

Um Patienten auch außerhalb der Sprechstundenzeiten gut zu versorgen, ist regional ein ärztlicher/psychotherapeutischer Bereitschaftsdienst organisiert. Hierfür wurde die zentrale Rufnummer 116117 eingerichtet. Dieses Angebot betrifft die nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen und soll verhindern, dass Patienten mit ambulantem Behandlungsbedarf die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen. Die Rufnummer ist teilweise noch zu wenig bekannt. Entsprechendes Informationsmaterial und Aufklärung in den Praxen kann dazu beitragen, ungerechtfertigte Krankenhauskontakte zu vermeiden. Vielfältige Informationsmaterialien zur Bereitschaftsdienstnummer stehen auch auf der Website der KBV unter: [www.116117info.de/html/86.php](http://www.116117info.de/html/86.php) zur Verfügung.

Ebenfalls ein Schritt in diese Richtung ist die Einrichtung zentraler Anlaufstellen für Patienten, so genannter Portalpraxen, an ausgewählten Krankenhäusern. Sie sollen die Patienten versorgen, für die kein stationärer Aufenthalt erforderlich ist. Patienten kontaktieren zunächst einen gemeinsamen Tresen, an dem über die Weiterbehandlung (ambulant oder stationär) entschieden wird. Die Patientenbehandlung erfolgt sowohl durch Vertragsärzte im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes als auch durch Krankenhausärzte.

Ein Beispiel dafür ist die Eigenein-



richtung der KV Rheinland-Pfalz am Uniklinikum Mainz. Im Rahmen eines Modellprojekts wurde ein gemeinsamer Tresen mit der Notfallambulanz des Klinikums eingerichtet. Der Behandlungsbedarf der Patienten wird nach dem Manchester-Triage-Modell identifiziert. Ein anderes Beispiel ist die Portalpraxis am Achenbach-Krankenhaus Königs Wusterhausen (Brandenburg), die seit längerem erfolgreich arbeitet.

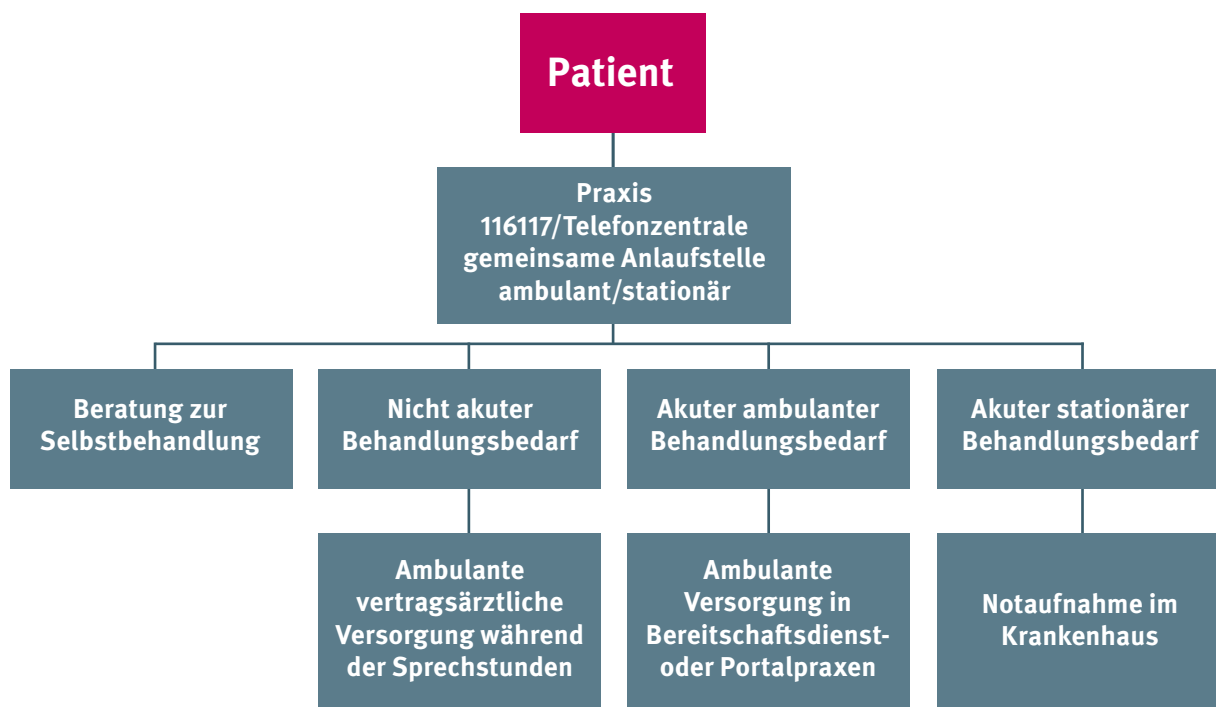
Ebenfalls im Rahmen eines Modellprojektes („Demand-Projekt“) wird ab 2018 das Konzept eines einheitli-

chen Tresens an Kliniken – ähnlich dem Konzept der Portalpraxen – zur Steuerung von ambulanten Notfallpatienten durch elf Kassenärztliche Vereinigungen erprobt. Projektpartner sind das aQua-Institut, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und das Deutsche Krankenhaus-Institut. Ergänzt wird der Modellversuch durch Telefonzentralen, in denen Ärzte Patienten an die richtige Versorgungsadresse verweisen.

Auch der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen empfiehlt die

Umsetzung des so genannten Eintresen-Prinzips. Integrierte Leitstellen, die sowohl über die 116117 als auch die 112 erreichbar sind, sollen nach einer Triage entscheiden, wo der Patient versorgt werden muss.

Grundsätzlich geht es bei allen Ansätzen darum, Patienten gut und sicher zu versorgen. Es geht aber auch darum, Patienten in die Versorgungsstruktur zu lenken, die ihrem Behandlungsbedarf entspricht – und das unter Verwendung standardisierter, in der Regel IT-gestützter Instrumente.



**Abbildung 3:** Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung (in Anlehnung an aQua-Institut Göttingen)

## EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZIRKELMODERATION

Das nachfolgende Phasenmodell gibt eine Empfehlung für die Durchführung einer Zirkelsitzung von 120 Minuten, die durch den Moderator angepasst werden kann. Die inhaltlichen Schwerpunkte sollen sich dabei an den Bedürfnissen der Teilnehmer orientieren.

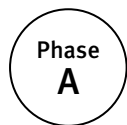
### DATEN- UND INFORMATIONSBESCHAFFUNG

In Vorbereitung auf die Sitzung sollten die Teilnehmer das Notfallmanagement ihrer Praxen einem Selbstcheck unterziehen und dabei Notfallprävention und die Identifikation von (potenziellen) Notfallpatienten in den Fokus stellen.

Die Teilnehmer sollten auch reflektieren, welche Krankheitsbilder bei Patienten der eigenen Praxis oder im Bereitschaftsdienst am häufigsten zu Notfällen führen (Muster-Einladungsschreiben).

Der Moderator soll den Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen (in elektronischer Form) zur Sitzung mitbringen bzw. ihn im Vorfeld an die Teilnehmer verteilen.

## PHASENABLAUF DER MODERATION



### EINFÜHRUNG: THEORETISCHE GRUNDLAGEN

ZEITBEDARF: 20 MINUTEN

#### SCHRITT 1



##### Ziele/Erwartungsabfrage:

Begrüßung, Erläuterung der Zielstellung der Zirkelsitzung durch den Moderator, Abfrage von Erwartungen und Wünschen der Teilnehmer zu Inhalt und Ergebnissen der Sitzung, ggf. Vereinbarung eines speziellen Zirkelsettings zur Thematik

##### Empfohlene Moderationsmedien:

Flipchart

##### Methodische Hinweise:

Es sollen sich möglichst alle Teilnehmer einbringen. Dokumentieren Sie die Erwartungen und Fragen auf dem Flipchart. Bitten Sie ggf. einen Teilnehmer, diese Aufgabe zu übernehmen, um Sie als Moderator zu entlasten.

#### SCHRITT 2



##### Thematische Einführung:

Führen Sie nun in die Thematik ein. Dazu zählt ein Überblick über wesentliche Aspekte des Themas Notfallversorgung, insbesondere zur Notfallvermeidung. Sie können hierzu die Hintergrundinformationen aus dem vorliegenden Modul nutzen.

Verständigen Sie sich mit den Teilnehmern zu den Schwerpunkten, die in der Zirkelsitzung vertieft werden sollen.

##### Empfohlene Moderationsmedien:

ggf. kurze Präsentation

##### Methodische Hinweise:

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Ziele der Allianz für Gesundheitskompetenz und der Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen sollten Berücksichtigung finden.

---

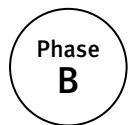
**Übergreifende methodische Hinweise:**

In dieser ersten Phase soll eine Einordnung des Themas erfolgen und es soll ein Überblick über die Bedeutung der Notfallversorgung sowie die verschiedenen inhaltlichen Facetten gegeben werden. Es geht noch nicht darum, Details zu erörtern.

---

**ZIELE  
PHASE A**

- › Die Teilnehmer verfügen über ein einheitliches Verständnis zur Bedeutung des Themas für ihre Praxen.
- › Die Erwartungen an die Inhalte der Zirkelarbeit sind geklärt.



---

**PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA**  
**ZEITBEDARF: 80 MINUTEN****SCHRITT 1****Erkrankungen mit Notfallrisiko:**

Besprechen Sie im Zirkel, welche Krankheitsbilder in den Praxen der Teilnehmer (je nach Fachgebiet) und im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes als Notfälle auftreten oder zu Notfällen werden könnten. Sammeln Sie die Erkrankungen mit einem Notfallrisiko auf dem Moderationsplakat (MP) 1 oder einem Flipchart/einer Pinnwand. Sie können auch den Anamnesebogen (Arbeitsblatt 2) verwenden.

Stimmen Sie anschließend ab, welche Krankheitsbilder für die beteiligten Praxen die größte Relevanz besitzen. Diskutieren Sie dazu, welche Maßnahmen in den Praxen ergriffen worden sind, um potenzielle Notfälle zu vermeiden bzw. wie die ambulante Versorgung betroffener Patienten gesichert wird.

Hier kommen Beispiele wie Therapie- und Medikationsüberprüfungen, die Neueinstellung von Patienten nach Krankenhausaufenthalt, ein ausreichender Medikamentenvorrat beim Patienten oder auch Hausbesuche in Frage.

---

**Empfohlene Moderationsmedien:**

Katalog ambulant-sensitiver Krankheitsfälle  
Flipchart/Pinnwand, AB 2: Anamnesebogen, AB 3: Krankheitsbilder mit Notfallrisiko, MP 1: Krankheitsbilder mit Notfallrisiko

---

**Methodische Hinweise:**

Verwenden Sie den Katalog ambulant-sensitiver Krankheitsfälle als Orientierung. Beispielfür eine hausärztliche Praxis steht die Übersicht häufig auftretender Krankheitsbilder (AB 3) zur Verfügung. Sie können z.B. die Karten- oder die Zuruftechnik anwenden oder auch in Kleingruppen arbeiten lassen.

**SCHRITT 2****Identifikation von Notfallpatienten:**

Hier sollten Sie als Moderator - soweit noch nicht bekannt – häufig genutzte Triage-Systeme kurz vorstellen. Anschließend berichten die Teilnehmer zu den Regelungen (Checklisten o.Ä.) in ihren Praxen. Durch das Lernen von Kollegen kann das eigene Modell hinterfragt und weiterentwickelt werden. Ergänzende Aspekte könnten sein: Kompetenzentwicklung des Praxispersonals oder Teamschulungen.

**Empfohlene Moderationsmedien:**

Präsentation und/oder Lesearbeit  
Praxisbeispiele , MP 2: Notfallkriterien  
AB 3: Notfallkriterien (Checkliste aus dem QEP-Manual®)

**Methodische Hinweise:**

Es geht darum, sich ausgehend von theoretischen Modellen einen Überblick zu praxisrelevanten Umsetzungslösungen der Teilnehmer zu verschaffen (best practice).

**SCHRITT 3****Stärkung der Patientenkompetenz:**

Überlegen Sie mit den Zirkelteilnehmern, wie Praxen dazu beitragen können, die Gesundheitskompetenz der Patienten zu stärken, insbesondere im Hinblick auf Aufklärung, Information, Beratung und Schulung. Ein positives Beispiel sind Patientenschulungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen. Stellen Sie einige Informationsquellen/-materialien vor. Durch Information oder Informationsmaterialien können Praxen unterstützen, dass der Patient im Notfall weiß, wie er sich verhalten soll und wo er sich hinwenden kann. Dokumentieren Sie die Beispiele auf dem Moderationsplakat. Dazu zählt auch die Information der Patienten zum ärztlichen Bereitschaftsdienst und zu den Portalpraxen. Tauschen Sie sich im Zirkel anschließend darüber aus, welchen Beitrag Praxen ggf. darüber hinaus noch leisten könnten, um potenzielle Notfälle zu vermeiden. Tragen Sie auch diese Beispiele in das Moderationsplakat ein.

**Empfohlene Moderationsmedien:**

Flipchart oder MP 3: Patientenkompetenz  
ggf. Kleingruppenarbeit  
Informationsmaterialien für Patienten

**Methodische Hinweise:**

Lockere Diskussion zum Thema mit Sammlung von Optionen und Dokumentation der Vorschläge. Alle Teilnehmer sollten mitwirken, um möglichst viele gute Beispiele zusammenzutragen. Je nach Größe des Zirkels kann dies auch in Kleingruppen erfolgen.

**SCHRITT 4****Ggf. zusätzlich: Notfallmanagement der Praxen**

Austausch zur Organisation des Notfallmanagements in den Teilnehmer-Praxen, was wurde beim Selbstcheck festgestellt:

Was läuft gut?

Wo besteht Verbesserungsbedarf?

Wie machen es die anderen?

Orientierung geben die im QEP-Qualitätsziel-Katalog® definierten Qualitätsziele zum Notfallmanagement.

**Empfohlene Moderationsmedien:**

QEP-Qualitätsziel-Katalog® [Qualitätsziele Notfallmanagement 1.3.4 (1, 2)]

**Methodische Hinweise:**

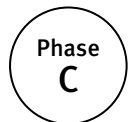
Dieser Part füllt normalerweise eine eigene Zirkelsitzung. Einzelne Aspekte können jedoch in die aktuelle Sitzung eingebaut werden.

**Übergreifende methodische Hinweise:**

Die Zirkelteilnehmer profitieren in dieser Phase von den Praxisbeispielen, Erfahrungen und Ideen der Kollegen. Es geht nicht um eine Bewertung der einzelnen Beispiele.

**ZIELE  
PHASE B**

- › Die Teilnehmer haben eine Vielzahl an praxisrelevanten Maßnahmen zusammengetragen, die geeignet sind, Notfälle zu vermeiden bzw. sicher zu identifizieren und zu versorgen.
- › Sie haben Vorschläge gesammelt, wie die Patientenkompetenz zur Vermeidung medizinischer Notfallsituationen oder zum Umgang damit gestärkt werden kann.
- › Ggf. haben die Teilnehmer Anregungen erhalten, das praxisinterne Notfallmanagement weiterzuentwickeln.



## PRAXISTRANSFER/WEITERES VORGEHEN

ZEITBEDARF: 20 MINUTEN

**SCHRITT 1****Interne Regelung/Verfahrensanweisung erstellen:**

In einer Einzelarbeit sollen alle Teilnehmer überlegen, welche Ideen sie – ausgehend von den in Phase B besprochenen Beispielen zur Vermeidung, Identifikation und guten Versorgung von Notfällen – in ihre Praxis übernehmen möchten. Lassen Sie die Teilnehmer dazu eine kurze interne Regelung (IR)/Verfahrensanweisung (VA) schreiben, die in das praxisinterne Qualitätsmanagement übernommen werden kann.

**Empfohlene Moderationsmedien:**

Moderationsplakat 1: Notfallkriterien

Arbeitsblatt 4: Verfahrensanweisung

**Methodische Hinweise:**

Geben Sie den Teilnehmern einige Minuten Zeit, damit sie ihre Überlegungen kurz skizzieren können.

**SCHRITT 2****Zusammenfassung/Erwartungsabgleich:**

Fassen Sie die Ergebnisse der Sitzung zusammen. Gleichen Sie diese mit der Erwartungsabfrage zu Beginn der Sitzung ab.

Geben Sie der Gruppe ein kurzes Feedback zur geleisteten Arbeit und stimmen Sie ab, ob und wie weiter am Thema gearbeitet werden soll.

**Empfohlene Moderationsmedien:**

Flipchart/Pinnwand (Erwartungsabfrage)

**Methodische Hinweise:**

Offene Fragen sollten dokumentiert und es sollte festgelegt werden, wie deren Beantwortung erfolgt. Dokumentieren Sie die Entscheidung der Gruppe zur weiteren Arbeit am Thema im Protokoll.

---

**SCHRITT 3****Evaluation:**

Holen Sie sich ein kurzes Feedback zur Sitzung ein (Blitzlichtfeedback oder Evaluationsbogen).

**Empfohlene Moderationsmedien:**

Muster-Feedbackbogen

**Methodische Hinweise:**

Legen Sie fest, bis wann der Feedbackbogen an Sie zurückzugeben ist.

---

**Übergreifende methodische Hinweise:**

Die Zirkelteilnehmer sollen möglichst konkrete Vorschläge für die Umsetzung in ihren Praxen mitnehmen.

**ZIELE  
PHASE C**

- › Die Teilnehmer verfügen über konkrete Verfahrensvorschläge für die Weiterentwicklung der Notfallkompetenz ihrer Praxen.
- › Sie haben sich über die weitere Arbeit am Thema verständigt.

## UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN

### MUSTER-EINLADUNGSSCHREIBEN

An  
die Mitglieder des Qualitätszirkels

per E-Mail/Fax

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Vermeidung medizinischer Notfälle und eine gute Versorgung unserer Patienten auch außerhalb der Sprechstundenzeiten sind uns ein wichtiges Thema, das viele Facetten umfasst. Sicherlich gibt es dazu auch bei Ihnen Fragen oder schwierige Situationen, die Sie gern einmal mit Kollegen besprechen würden.

Ich lade Sie daher ein, das Thema „Notfallvermeidung/Notfallversorgung“ zum Thema unserer nächsten Qualitätszirkelsitzung zu machen:

Ort: .....

Zeitraumen: am ....., ..... Uhr bis ..... Uhr

Dabei soll das Lernen von Kollegen im Vordergrund stehen. Bitte bereiten Sie sich auf die Sitzung vor, indem Sie sich über folgende Fragen Gedanken machen:

Welche typischen Krankheitsbilder meiner Patienten können zu Notfallsituationen führen und wie gehe ich in meiner Praxis damit um?

Wie werden Notfallpatienten am Telefon oder in der Praxis sicher identifiziert?

Wie kann meine Praxis dazu beitragen, die Kompetenz der Patienten in Gesundheitsfragen zu stärken (Information, Beratung, Schulung)?

Ist mein praxisinternes Notfallmanagement auf dem aktuellen Stand?

Geben Sie mir bitte bis ..... per E-Mail/Fax Bescheid, ob Sie an der Sitzung teilnehmen werden. Ich freue mich auf einen regen Austausch im Zirkel.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihre Moderatorin/Ihr Moderator

## KRANKHEITSBILDER MIT NOTFALLRISIKO

ERKRANKUNGEN/SYMPTOME	INDIZIERTE MASSNAHMEN

Moderationsplakat 1: Erkrankungen mit Notfallrisiko



**BEISPIELE HÄUFIG AUFTRETENDER KRANKHEITSBILDER UND FRAGESTELLUNGEN MIT NOTFALLRISIKO IN EINER HAUSARZTPRAXIS BZW. IM RAHMEN DES ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENSTES**

- › Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Blutdruckprobleme, insbesondere hypertensive Krise, Vertigo/Schwindel
  - 1. Anruf: selbst gemessene Blutdruckwerte  
Beratung über zusätzlich häuslich einzunehmende Medikamente.
  - 2. Anruf: Beratung über selbst gemessene Kontrollwerte  
Ggf. Hausbesuch, wenn keine Besserung.
- › Pulmonale Erkrankungen – Asthma bronchiale, COPD, Dyspnoe  
Beratung über zusätzliche Medikation: Asthma- bzw. COPD-Spray bzw. Hausbesuch.  
Bei Dyspnoe dringender Hausbesuch.
- › Diabetes mellitus, meistens Typ II, seltener Typ I – Frage nach Insulindosierung
  - 1. Anruf: selbst gemessene Blutzucker-Werte  
Beratung über zusätzliche Medikation, in der Regel Insulin.
  - 2. Anruf: Beratung zu selbst gemessenen Blutzucker-Kontrollwerten  
(Dabei sehr viele Senioren- bzw. Pflegeheime, wenn kein ausreichendes Insulin-Anpassungsschema des Hausarztes vorliegt.)
- › Abdominelle Beschwerden, insbesondere akute Schmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Diarrhoe  
Ggf. Fieber messen lassen, i.d.R. Hausbesuch.
- › Muskuloskelettale Erkrankungen, Rücken- und Gelenkbeschwerden mit akuten Schmerzzuständen  
Frage nach Schmerzmedikation, die der Patient schon zu Hause hat, und Beratung dazu.
- › Hauterkrankungen, allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten
- › Lebensmittelvergiftungen  
112, ggf. Weiterleitung an Vergiftungszentrale.
- › Psychische Alterationen und neurologische Defizite  
Hausbesuch bei Patienten zu Hause.  
Aus Pflegeheimen häufige Frage: „Der Patient ist unruhig, verwirrt, agitiert, welches Medikament könnte verabreicht werden?“ Meistens telefonisch zu klären. Wenn keine Besserung bzw. keine Medikamente vor Ort, ggf. Hausbesuch im Heim.
- › Pädiatrische Krankheitsbilder  
Insbesondere die Frage, was zu tun ist bei Temperaturerhöhung/Fieber bzw. bei Kinderkrankheiten mit möglicher Ansteckung, wenn morgen Kita/Schule?
- › Schwangerschaft und Medikamente  
I.d.R. telefonische Beratung und Verweis an Gynäkologen.
- › Frage nach Medikamentenwechselwirkungen bzw. -nebenwirkungen und Dosierungen  
Häufig auch Nachfrage, insbesondere aus Pflegeheimen, wenn Tabletten vertauscht und dem falschen Patienten gegeben worden sind oder das falsche Insulin verabreicht worden ist. Dann auch zweite oder ggf. dritte Beratung auf der Grundlage gemessener Kontrollwerte.

- › Saisonal bedingte grippale Infekte in den Wintermonaten  
Fieber messen, ausreichend trinken, ggf. fiebersenkende Mittel, dann ggf. erneuter Telefonkontakt. Symptomatische Therapie.
- › Anfragen von Patienten, ob der Besuch des Patienten mit seinem Krankheitsbild auch am nächsten Tag bei einem Haus- bzw. Facharzt ausreichend ist.  
Beratung dazu.

Die meisten Fragen lassen sich durch die telefonische Beratung klären, ca. 25-30% der Fälle erfordern einen Hausbesuch, davon sind wiederum ca. 25% als dringender Hausbesuch einzustufen.

Quelle: Christiane Bürger, Hausärztin Berlin

# ANAMNESEBOGEN FÜR PATIENTEN

<b>PRAXISNAME UND GGF. –LOGO</b>		<b>MUSTER</b>		<b>FORMBLATT</b> 1.2.1 (1)	
<b>NAME DES PATIENTEN:</b>			<b>GEBURTSDATUM:</b>		
Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?					
Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/>		Bluthochdruck	
Schilddrüsenerkrankung		<input type="checkbox"/>		Angina pectoris	
Lebererkrankung		<input type="checkbox"/>		Sonstige Herzerkrankungen	
Nierenerkrankung		<input type="checkbox"/>		Durchblutungsstörungen	
erhöhte Blutfettwerte		<input type="checkbox"/>		Krampfadern	
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)		<input type="checkbox"/>		Krebserkrankung	
Sonstige Erkrankungen:					
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?			Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:		
<b>JA</b>  <b>NEIN</b>		<input type="checkbox"/>		1.	
		<input type="checkbox"/>		2.	
		<input type="checkbox"/>		3.	
		<input type="checkbox"/>		4.	
		<input type="checkbox"/>		5.	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?			Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:		
<b>JA</b>  <b>NEIN</b>		<input type="checkbox"/>		1.	
		<input type="checkbox"/>		2.	
		<input type="checkbox"/>		3.	
Leiden Sie an Allergien?			Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:		
<b>JA</b>  <b>NEIN</b>		<input type="checkbox"/>		1.	
		<input type="checkbox"/>		2.	
		<input type="checkbox"/>		3.	
		<input type="checkbox"/>		4.	
		<input type="checkbox"/>		5.	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?					
1.		3.			
2.		4.			
Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:					

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

## NOTFALLKRITERIEN\*

<b>PRAXISNAME UND GGF. –LOGO</b>	<b>MUSTER</b>	<b>DOKUMENT 1.3.4 (1)</b>
----------------------------------	---------------	-------------------------------

### NOTFÄLLE AM TELEFON UND AN DER ANMELDUNG ERKENNEN:

- › Akutes Auftreten der Symptome (maximal in den letzten Tagen)
- › Heftigkeit der Symptome
- › Deutliche, schnell fortschreitende Verschlechterung (in den letzten 3 Tagen)
- › Rasche Einschätzung der Leitsymptome, keine Erhebung der Vorgeschichte
- › Kein Versuch der eigenen Diagnosestellung
- › Im Zweifel für den Patienten
- › Im Zweifel unverzüglich Arzt anfragen

### CHECKLISTE ZUR EINSCHÄTZUNG DER DRINGLICHKEIT EINES NOTFALLS:

SYMPTOME	DRINGLICHKEIT
Plötzliche Bewusstlosigkeit	sofort 112 und Klinikeinweisung
Akut aufgetreten: Kopfschmerzen, Lähmungen, Sprachstörungen, Sehstörungen	sofort 112 und Klinikeinweisung
Kopfschmerzen mit Fieber, Nackensteifigkeit und Bewusstseins Einschränkungen	sofort
Akute Atemnot	sofort
Akut aufgetretenes andauerndes Erbrechen mit Kopfschmerzen	sofort
Fieber >39° C	sofort
Akute Blutung	sofort
Herzschmerzen, Herzrasen, Blutdruck >200 mmHg oder <90 mmHg mit Beschwerden	sofort
Schweres Erbrechen oder erhebliche Diarrhoe	sofort
Psychische Dekompensation (Gewalttätigkeit, Suizidalität, akuter depressiver Schub, etc.)	sofort
Akuter Schwindel, Verwirrtheit	sofort

### TELEFONNUMMERN FÜR NOTFÄLLE:

Feuerwehr 112	Polizei 110	Rettungsleitstelle
Giftnotzentrale		Stroke Unit
Krankenhaus xy		Kindernotdienst
Zentraler Hebammenruf		Drogennotdienst
Ärztlicher Bereitschaftsdienst		Zahnärztlicher Bereitschaftsdienst

\*Achtung: Es handelt sich um ein Beispiel. Bitte prüfen Sie die fachliche Aktualität.

# NOTFALLKRITERIEN AM TELEFON UND IN DER PRAXIS

SPEZIELLE SYMPTOME, VON PATIENTEN GESCHILDERT:	
am Telefon	in der Praxis

GRUNDSÄTZLICHES ZUM ERKENNEN VON NOTFÄLLEN	
am Telefon	in der Praxis

# STÄRKUNG DER PATIENTENKOMPETENZ

WAS LEISTEN PRAXEN BEREITS (INFORMATION, BERATUNG, FORTBILDUNG USW.)?	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

WELCHE MASSNAHMEN SIND DARÜBER HINAUS DENKBAR?	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	

## ERSTELLUNGSRASTER FÜR EINE INTERNE REGELUNG (IR)/ VERFAHRENSANWEISUNG (VA)

Titel der IR/VA	
Inhalt	Diese IR/VA beschreibt die Vorgehensweise bei/im ...
Geltungsbereich	Praxis, Teil der Praxis, Indikation o. Ä. ....
Welches Qualitätsziel soll mit der Umsetzung der IR/VA erreicht werden?	
Umzusetzende Maßnahmen/anzuwendende therapeutische und diagnostische Verfahren usw.:	
Bei welchen Patienten soll die IR/VA Anwendung finden?	
<b>VERBINDLICHE EINFÜHRUNG IN DAS PRAXISINTERNE QM-SYSTEM:</b>	
Wer ist für die Umsetzung verantwortlich?	
Wie und wo muss die Umsetzung der IR/VA dokumentiert werden?	Im QM-Handbuch, in der Patientenakte usw. ...
Wer hat die IR/VA erstellt? Datum	
Wer ist für die Freigabe der IR/VA verantwortlich? Datum der Freigabe	
Wann muss die IR/VA überprüft und eventuell überarbeitet werden?	

BITTE NACH AB-  
 SCHLUSS DER ZIRKEL-  
 SITZUNG AUSFÜLLEN  
 UND DEM MODERATOR  
 ZURÜCKGEBEN

# FEEDBACKBOGEN QUALITÄTSZIRKEL

Bezeichnung QZ: .....

Thema: .....

Datum: .....

Ort: .....

Moderator: .....

BEWERTUNG DER ZIRKELSITZUNG	++	+	+ -	-	--
Moderation der Sitzung					
Themenpräsentation					
Diskussion und Ergebnisfindung					
Möglichkeit, eigene Fragen/Meinungen einzubringen					
Umsetzbarkeit der Ergebnisse in der Praxis					
Klarheit der weiteren Arbeit am Thema					
Einhaltung des Zeitrahmens					
Meine Gesamtbewertung der Sitzung ist ...					

Firmen- und Produktneutralität wurden gewahrt	Ja	Nein

Was ist offen geblieben?  
 .....  
 .....  
 .....

Name (Diese Angabe ist freiwillig.): \_\_\_\_\_



# KURZVERSION

## NOTFALLVERMEIDUNG/NOTFALLVERSORGUNG

### PHASE A: EINFÜHRUNG/THEORETISCHE GRUNDLAGEN

20  
MINUTEN

- › Erläuterung des Ziels der Zirkelsitzung
- › Erwartungsabfrage
- › ggf. Vereinbarung eines speziellen Settings für die Zirkelsitzung
- › Einführung: Einordnung/Bedeutung des Themas für die Praxen, wesentliche inhaltliche Aspekte

### PHASE B: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA

80  
MINUTEN

- › Krankheitsbilder mit Notfallrisiko: Zusammentragen von relevanten Erkrankungen für den Patientenkreis der beteiligten Praxen und Diskussion, durch welche Maßnahmen Notfälle vermieden werden können bzw. wie sie gut versorgt werden können
- › Identifikation von Notfällen: Triage-Modelle, Notfallkriterien, Checklisten - best practice
- › Gesundheitskompetenz der Patienten: Möglichkeiten der Praxen, Patientenkompetenz zu stärken
- › ggf. Austausch der Praxen zu ihrem Notfallmanagement: Notfallkompetenz, Notfallausstattung, Notfalltrainings usw.

### PHASE C: PRAXISTRANSFER/WEITERES VORGEHEN

20  
MINUTEN

- › Praxistransfer der Ergebnisse: Überlegungen für die Praxen in Einzelarbeit
- › Formulieren einer Internen Regelung/Verfahrensanweisung für das Qualitätsmanagement der eigenen Praxis
- › Zusammenfassen der Ergebnisse der Zirkelsitzung und Abgleich mit der Erwartungsabfrage
- › Abstimmung des weiteren Vorgehens zum Thema
- › Feedbackrunde

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Aufbau des Manchester-Triage-Systems

Abbildung 2: Vergleich Triage-Systeme

Abbildung 3: Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung

## WEITERE INFORMATIONSQUELLEN

Burgdorf F, Sundmacher L: Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland, Originalarbeit. Dtsch Arztebl Jg. 2014; 111(13): 215-23.

Diel F, Gibis B (Hrsg) (2012), QEP Manual® Für Praxen. Für Kooperationen. Für MVZ. Kernziel-Version 2010., 2. Auflage, Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Herrmann T, Köster C, Seyderhelm A, Broge B, Szecsenyi J, Willms G (2017). Instrumente und Methoden zur Ersteinschätzung von Notfallpatienten. Bestandsaufnahme und Konzeptentwicklung für die kassenärztliche Notfallversorgung. Göttingen: aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

Jenny, M , Strukturierte Entscheidungsfindung, Alpha Campus Talks: [www.br.de/fernsehen/ard-alpha/index.html](http://www.br.de/fernsehen/ard-alpha/index.html)

Manchester Triage System der Charité: [https://notfallmedizin.charite.de/standorte/campus\\_benjamin\\_franklin\\_cbf/notfallversorgung/manchester\\_triage\\_system/](https://notfallmedizin.charite.de/standorte/campus_benjamin_franklin_cbf/notfallversorgung/manchester_triage_system/)

Nationale Versorgungsleitlinien unter: <https://www.leitlinien.de/nvl/>

Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I: Patients attending emergency departments—a cross-sectional study of subjectively perceived treatment urgency and motivation for attending. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 645–52. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0645

Sepsis rechtzeitig erkennen und richtig reagieren unter: [www.kbv.de/html/sepsis.php](http://www.kbv.de/html/sepsis.php)

Telephone Triage: [www.patientensicherheit.ch/de/themen/Risikomanagement/Telefon-Triage.htm](http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Risikomanagement/Telefon-Triage.htm)

## LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Köster C, Wrede S, Herrmann T, Meyer S, Willms G, Broge B, Szecsenyi J (2016). Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.
- 2 Eckpunkte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung vom 28.03.2017 unter: [www.kbv.de/html/27975.php](http://www.kbv.de/html/27975.php)
- 3 Integrative Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht – Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund, September 2017, unter: [www.kbv.de/html/31065.php](http://www.kbv.de/html/31065.php)
- 4 Pschyrembel online, Medizinischer Notfall, aufgerufen am 09.04.2018
- 5 Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C, Ein konsentrierter deutscher Katalog ambulant sensibler Diagnosen, versorgungsatlas.de, Bericht Nr. 15/18, veröffentlicht am 27.10.2015
- 6 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser, Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL, Stand: 17. Dezember 2015, [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/87/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/87/)
- 7 Diel F, Gibis B (Hrsg) (2010) QEP Qualitätsziel-Katalog®, Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- 8 Diel F, Gibis B (Hrsg) (2010) QEP Qualitätsziel-Katalog®, Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- 9 Diel F, Gibis B (Hrsg) (2017) QEP Manual® für Psychotherapeuten, Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- 10 Patientensicherheit Schweiz (Hrsg.), 1. Auflage 2013, [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)
- 7 Gehring K, Schwappach D, Patientensicherheit in der Hausarztpraxis, Z. Evid. Fortb. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014) 108, 25-31.
- 8 Positive Bilanz für Telefon-Triage, Ärztezeitung online, 08.05.2017, [www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/netze\\_kooperation/article/935216/notfallmanagement-positive-bilanz-telefon-triage.html?sh=4&h=-649467389](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/netze_kooperation/article/935216/notfallmanagement-positive-bilanz-telefon-triage.html?sh=4&h=-649467389) 2014.

## IMPRESSUM

### Herausgeber und Copyright:

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat Versorgungsqualität  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

### Verantwortlich:

Ingrid Quasdorf  
Ulrike Schmitt  
Dr. med. Franziska Diel

### Kontakt:

Telefon 030 4005-1230, [iquasdorf@kbv.de](mailto:iquasdorf@kbv.de), [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

### 4. Auflage 2018

#### Wichtige Hinweise:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Inhalte immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Moduls entsprechen können. Alle Angaben wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die KBV und die Autoren keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte geben. Der Nutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. Autoren und Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der KBV. Das gilt gleichermaßen für Präsentationen und andere Moderationsmedien, die ergänzend zu dem Modul auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung stehen.

Das Modul ist für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gleichermaßen entwickelt worden. Sofern im Text nur von Ärzten beziehungsweise Vertragsärzten gesprochen wird, sind immer beide Berufsgruppen gemeint. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Bezeichnungen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen betreffen beiderlei Geschlecht.