



Sicherstellungskongress 2023: Zukunft der Akutversorgung

Erfahrungen aus der Notaufnahme Rosenheim zur erweiterten Ersteinschätzung

M. Bayeff-Filloff



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.



Keine privaten oder finanziellen Interessenkonflikte

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

Ausgangslage aus ...gewachsene Inanspruchnahme der Notfallversorgung

...Notruf 112 ... die Notaufnahme ...beinhalten ...keine Zugangsbarriere und werden ...von einem großen Spektrum Hilfesuchender in Anspruch genommen



... Hilfesuchenden definieren für sich selbst den Notfall und befinden sich in der Regel in einer persönlichen Ausnahmesituation.



…Unterscheidung "echter" Notfälle von "offensichtlicher" Fehlversorgung" angemahnt

Es wird daher darauf ankommen, dass die Notfall- und Akutversorgung rund um die Uhr in der Lage ist, Hilfesuchende unmittelbar zielgerichtet zur richtigen Versorgung zu steuern.

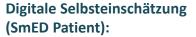


...weist die Regierungskommission ...noch einmal darauf hin, dass die Primärarztstrukturen die erste Anlaufstelle für alle Hilfesuchenden mit akuten Gesundheitsbeschwerden bleiben.

Strukturierte medizinische Ersteinschätzung Deutschland



SmED Telefon (Basisversion): Unterstützung medizinischer Fachkräfte in der telefonischen Ersteinschätzung



Chatbot* für PC und Smartphone zur Selbsteinschätzung

* z.B. eingebunden in Patienten-Navi online (https://www.116117.de/de/index.php) mit Arztsuche und ggf. online Terminbuchung





SmED Kontakt: Unterstützung des Rettungsdiensts bei der Frage: "In die Klinik oder in die Arztpraxis?"

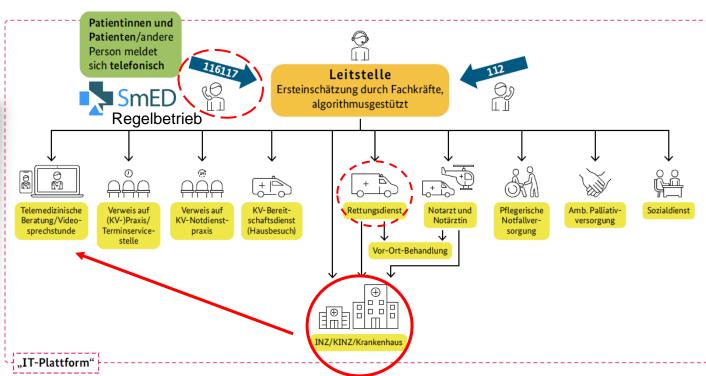


SmED Kontakt+: Unterstützung der Sichtungskräfte am Tresen bei der Frage: "Notaufnahme, Bereitschaftspraxis oder Hausarzt?"

Anerkennung als **Medizinprodukt**Allgemeine Informationen unter https://smed.zi.de/

Praktische Erfahrungen analog zur Empfehlung Regierungskommission zur Reform der Notfall- und Akutversorgung 4. Integrierte Notfallzentren und integrierte Leitstellen





Praktische Erfahrungen analog zur Empfehlung Regierungskommission zur Reform der Notfall- und Akutversorgung 9. Rettungsdienst und Finanzierung



IV. Empfehlungen

- 1. ...
 - c. **Notfalltransport** als Transportleistung, die getrennt von der Versorgung zu betrachten ist. Ein Transport muss dabei nicht nur in ein Krankenhaus, sondern in die für den individuellen Notfall am besten geeignete Gesundheitseinrichtung möglich sein, zum Beispiel auch in die Hausarztpraxis oder eine KV-Notdienstpraxis.

. . .

5. Ferner ist für die bessere **Patientensteuerung** und **Prozessoptimierung** ein digitales Echtzeit-Register zur **Erfassung und Abfrage der verfügbaren Ressourcen** und deren Auslastung zu verwenden z.B. IVENA interdisziplinärer Versorgungsnachweis) ...



Ausgangslage Patient



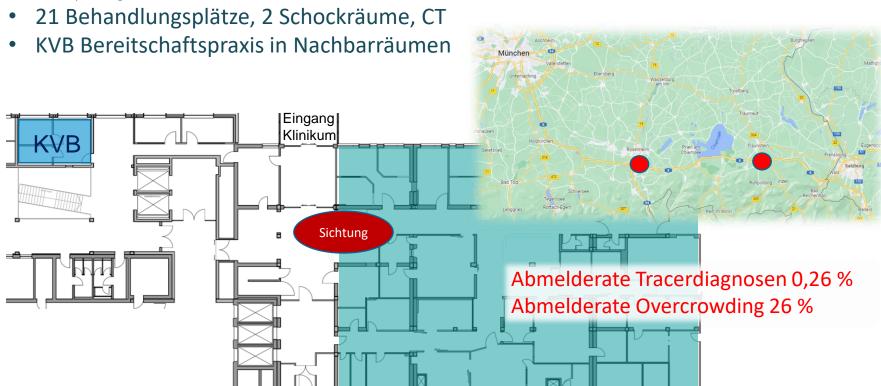
Der Anspruch als Notfall versorgt zu werden ist verständlich





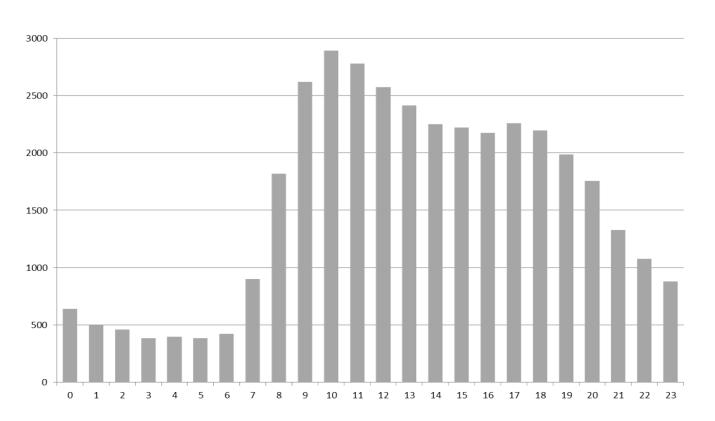
Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim

• "Umfassende Notfallversorgung" nach G-BA ~ 35.000 triagierte erwachsene Patienten ohne Gynäkologie



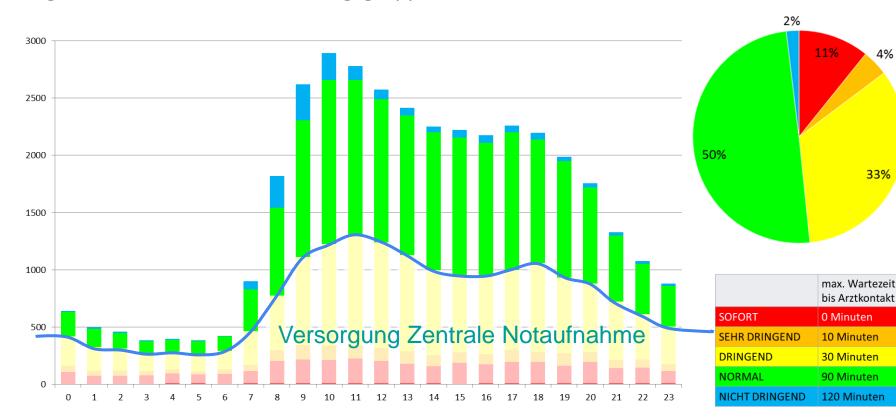


Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim Tagesverlauf der ankommenden Patienten im Jahr 2022: N = 33.889 00:00 bis 24:00 Uhr



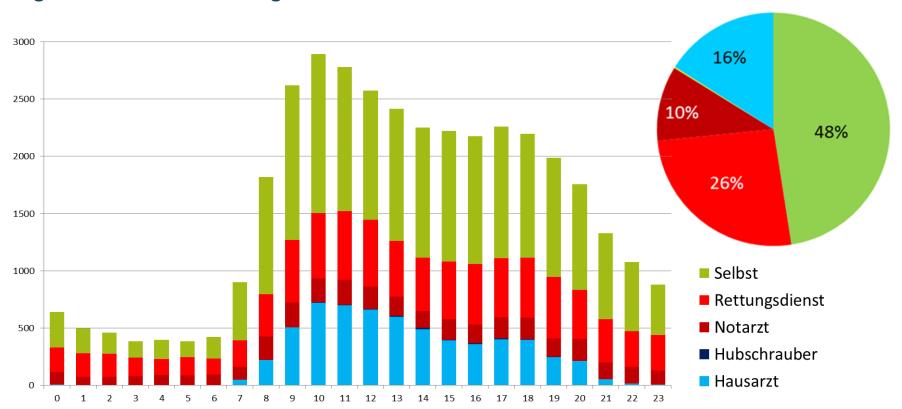


Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim Tagesverlauf der Ersteinschätzungsgruppen im Jahr 2022: N = 33.889 00:00 bis 24:00 Uhr





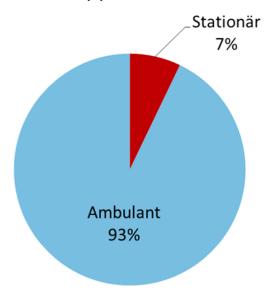
Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim Tagesverlauf der Zuweisung im Jahr 2022: N = 33.889 00:00 bis 24:00 Uhr





Ausgangslage **Selbsteinweiser** RoMed Klinikum Rosenheim 2022 N = 16.108, 48 % aller Patienten N = 33.889

MTS Gruppen **GRÜN und BLAU** N = 11.592, 72 % der Selbsteinweiser



Ambulant geblieben 93 %, 31 % aller Patienten



Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim

Etwa die **Hälfte** der Patienten sind **SELBSTEINWEISER** zu jeder Tag und Nachtzeit Etwa die **Hälfte** der Patienten sind **NICHT DRINGLICH** zu jeder Tag und Nachtzeit

Die Herausforderung:

Zu viele "NIEDRIGSCHWELLIG HILFESUCHENDE" gehen selbstständig in die Notaufnahme Viele Patienten werden ambulant versorgt

Nicht jeder SELBSTEINWEISER / NICHT DRINGLICHER Patient ist falsch in der ZNA

Originalien

Med Klin Intensivmed Notfmed 2022 · 117:410–418 https://doi.org/10.1007/s00063-021-00853-w

Eingegangen: 21. März 2021 Überarbeitet: 21. Mai 2021 Angenommen: 3. Juli 2021 Online publiziert: 27. August 2021 © Der/die Autor(en) 2021

Redaktion Michael Buerke, Siegen



Risikomanagement in der Triage ambulanter Notfallpatienten

Manchester Triage System und CEReCo-blue als Instrument zur risikoarmen Patientensteuerung in integrierten Notfallzentren

Dirk Pabst · Jonas Schibensky · David Fistera · Joachim Riße · Clemens Kill · Carola Holzner
Zentrum für Notfallmedizin. Universitätsmedizin Essen. Essen. Deutschland

- Ausschlusskriterien für MTS GRÜN und BLAU (Rettungsdienstzuweisung, Ärztliche Einweisung, chronische Erkrankung, Wiedervorstellung nach stationärem Aufenthalt) konnten die Anzahl der stationären Aufnahmen senken
 - → Patienten ohne Arztkontakt der primär ambulanten Notfallversorgung zuweisen
- Der sehr hohe Teil an Notfallpatienten mit Erfordernis von Leistungen der Notaufnahme auch bei im Ergebnis ambulanter Behandlung betont die Wichtigkeit integrierter Strukturen von Notfallzentren ohne räumliche oder organisatorische Trennung







Machbarkeitsstudie RoMed Rosenheim

Hypothese: Die Kombination ergibt Patientensicherheit



Ordnet Patienten Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung zu



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









Studien zur Weiterleitung von Patienten

Klinische Studie Patientensicherheit (ohne tatsächliche Weiterleitung):

Charité am Campus Mitte & Universitätsklinikum Leipzig evaluieren SmED Kontakt+ (DRKS-ID DRKS00026988) Rekrutierung von 2000 Patienten abgeschlossen, Expertenpanels bewerten Stichprobe und abweichende Fälle (MTS, SmED, ärztliche Ersteinschätzung, klinische Befunde). Ergebnisse voraussichtlich im Oktober 2023

Beobachtungsstudien mit tatsächlicher Weiterleitung:

	MTS vor SmED Einstieg nach Vortriage	SmED vor MTS Nutzung Notfallindikationsliste
<	RoMed Klinikum in Rosenheim, Bayern	Havelland Klinikum Nauen, Brandenburg
	Klinikum Frankfurt-Höchst	St.Joseph-Stift, Bremen
	Vivantes Klinikum im Friedrichhain in Berlin	Katholisches Marienkrankenhaus, Hamburg
	DRK Kliniken Berlin Köpenick	Allgemeinmedizin am Campus (APC) der Uniklinik Mainz

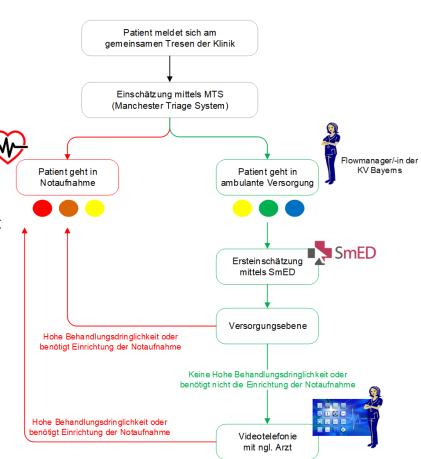






Studienablauf 2021

- → Erfassung der Inanspruchnahme aller Patienten im Studienzeitraum
- → MO-SO 8 21 Uhr
- → MTS vor SmED
- → Steuerung von Patienten:
 - → Notfallpatienten werden in der Notaufnahme versorgt
 - → Niederschwellige Patienten werden nach Empfehlung SmED gelenkt:
 - → Verdeckter Notfall erkannt: Notaufnahme
 - → Kein medizinischer Notfall: Ambulante Versorgung
- → Ambulante Versorgung > primär Videoarzt (Haftung)
 - → Abschließender Fall durch Videoarzt oder
 - Patient erhält Praxistermin in Wohnortnähe



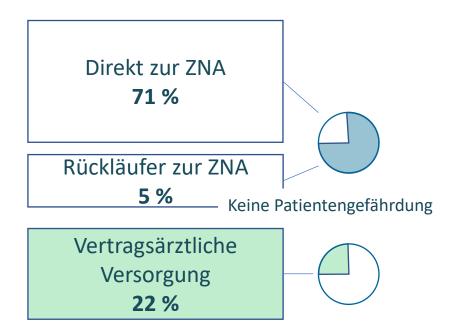






Ergebnisse Studie 2021: Täglich 08:00 bis 21:00 Uhr

1/4 der Patienten kann vornehmlich in die Bereitschaftspraxis vermittelt werden N = 1.724



Für die Studie galt Arztvorbehalt vor Weiterleitung.

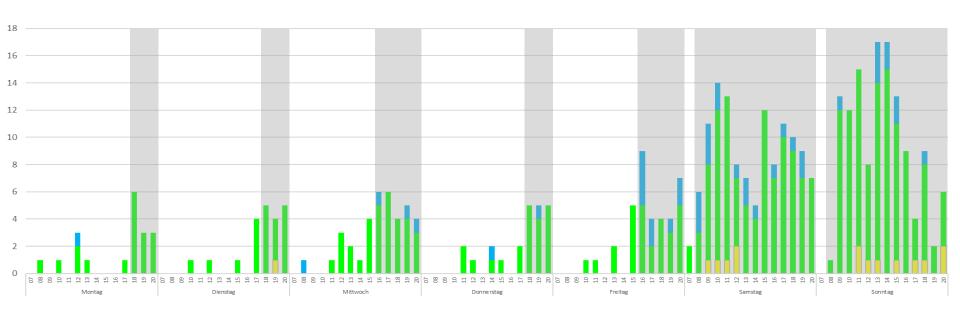
Zufallsbefund: Medicolegal eingesetzte Teleärzte der KVB bearbeiten viele Hilfeersuchen abschließend







Lenkung Patienten Wochenverlauf Studie 2021



KVB Bereitschaftspraxis besetzt

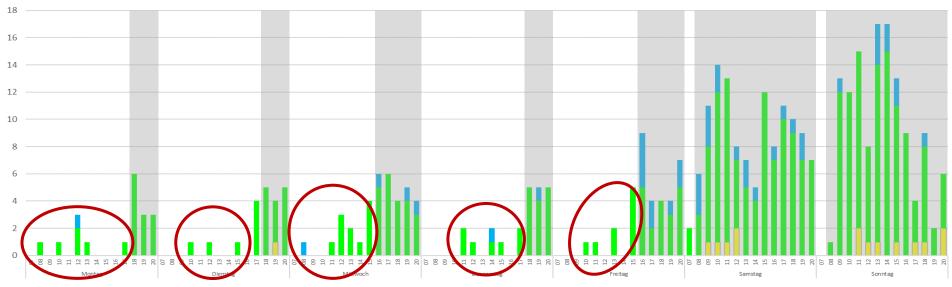






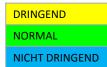


Weiterleitung in Arztpraxis angeboten (überschaubare Patientenzahl, aber dennoch Entlastung der Notaufnahme)



Fragestellung für DispoAkut Studie 2023:

Kann der Patientenanteil erhöht werden, indem geeignete Partnerpraxen schnell und zuverlässig angesteuert werden?

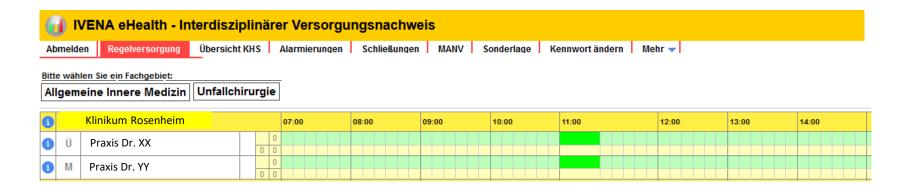








Sektorenübergreifende Lenkung Patienten **Digitalisierung – Einsatz von IVENA eHealth**

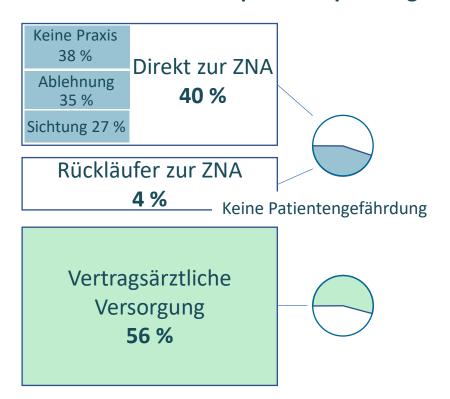








Vorl. Ergebnisse Studie DispoAkut 2023: Werktags 08:00 bis Öffnung Bereitschaftspraxis > 1/2 der Patienten kann mit IVENA eHealth in Kooperationspraxen gelenkt werden



Anderungsantrag der Regierungsfraktionen Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) – Gesetzlicher Regelungsauftrag zu § 120 Abs. 3b SGB V wurde mit Wirkung zum 01.07.2023 vor Beschlussfassung des G-BA – eingeschränkt

(3b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30, Juni 2023 eine Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet. Die nach § 136c Absatz 4 beschlossenen Festlegungen sind zu berücksichtigen. Dabei ist auch das Nähere vorzugeben

- 1. zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt.
- zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,
- zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,
- 4. zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorliegt.
- 5. zur Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 und
- 6. zu Übergangsfristen für die Umsetzung der Richtlinie, soweit diese für eine rechtzeitige Integration der Richtlinie in die organisatorischen Abläufe der Krankenhäuser erforderlich sind.

Gestrichen wurde die Weiterleitung an Praxen und medizinische Versorgungszentren insbesondere während der Praxisöffnungszeiten



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)

Vom 6. Juli 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 6 Auli 2023 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Bichtlinie) beschlossen:

Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

..Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)

Beanstandung BMG 12. September 2023 Klage des G-BA angekündigt

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)

Vom 06.07.2023

n Hilfesuchenden

Zuständigkeitsgebiet n weitere Maßnahmen bei der nach Absatz 3 empfohlenen Weiterleitung Cooperationen (z. B. Partnerpraxen, es Krankenhausstandortes). Darüber sprechstunde oder eine telefonische iten Arzt oder eine benannte Ärztin

ale Kooperationen, die sich bewährt regionale Strukturen ist durch diese glichkeiten der Kassenärztlichen ner Videosprechstunde oder eine er TSS benannten Arzt oder eine







Ministerium Vorsorge Pflege Gesundheitsversorgung Meine Themen Service

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege



Pressemitteilung

20.08.2023

Nr. 270/GP

◆ PDF-Download

Holetschek setzt sich für rasche Fortschritte bei der Reform der Notfallversorgung ein – Bayerns Gesundheitsminister wirbt in Schreiben an Lauterbach für Rosenheimer Pilotprojekt als Blaupause für Deutschland







Studienergebnisse als Blaupause für best practice



135 Bereitschaftspraxen 106 Allgemeine Ärztliche Praxen 29 (Fach-) oder Kinderärztliche Praxen 119 Standorte an / in den Kliniken

Bereitschaftspraxen und Einzugsgebiet Gemeinden







Studienergebnisse als Blaupause für best practice

3.2 Integrierte Notfallzentren

4. Die KV-Notdienstpraxen in den INZ sind in Krankenhäusern der ...Notfallstufe...3 ... in der Regel 242 zu betreiben.



Gemeinsame lokale Vereinbarung in Anpassung an Versorgungsmöglichkeiten:

Von 08:00 bis 21:00 Uhr

Lenken zum Hausarzt/Kooperationspraxen mittels IVENA eHealth

Lenken in Bereitschaftsdienstpraxis

Von 21:00 bis 08:00 Uhr

Erweiterte Versorgung Notaufnahme in Kooperation Klinik – KVB Lenken zum Hausarzt Folgewerktag







ZUSAMMENFASSUNG

Sektorenübergreifendes Lenken von Patienten ist patientensicher möglich

Kein neues Ersteinschätzungssystem sondern Verknüpfung etablierter Systeme

Anpassung mit Ausschlusskriterien und Zumutbarkeit

Reduktion durch ressourcenbezogen notwendige Versorgung in der Notaufnahme

Erfahrene Notfallpflege als Sichtungskräfte sind das A und O

Sektorenübergreifendes Lenken verhindert den Versorgungskollaps in der Fläche