



Steuerung von Patientenströmen aus Sicht der ZNA

“Die Triage-Tresen: Der richtige Patient in die richtige Versorgung”

P.-F. Petersen / **ZNA** Klinikum Frankfurt Höchst
KBV Herbsttagung Berlin 2018

- 1.: Probleme/Aufgaben
- 2.: Zahlen
- 3.: Der Triage-Tresen ab 1.10.2017
- 4. erste Ergebnisse

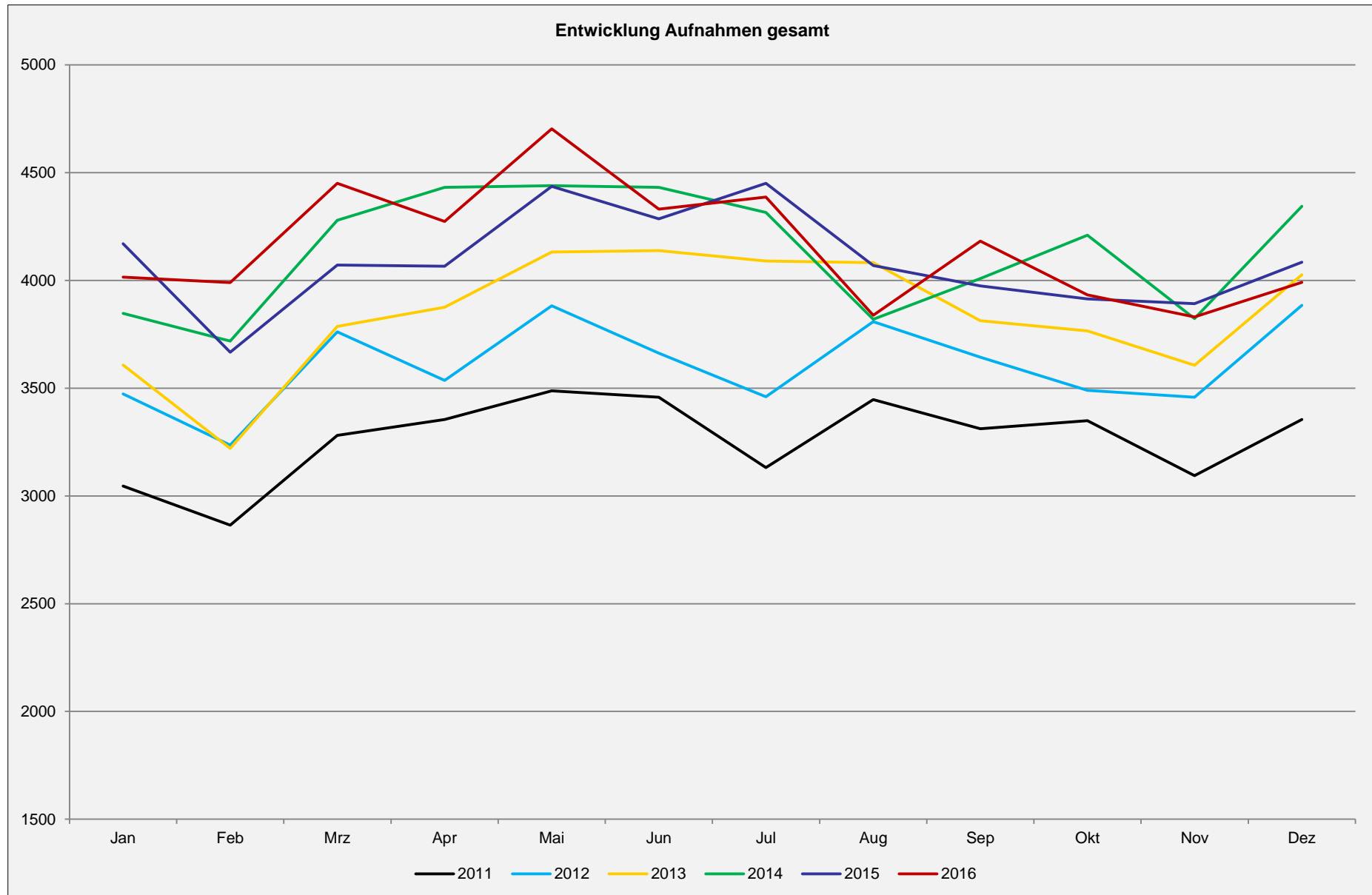
- Zunehmende Patientenzahlen (+20%) alle 5 Jahre
- Gedeckelte Budgets
- Zu enge Räumlichkeiten
- Lange Reaktionszeiten für Platzausbau
- Verlagerung von KV-Patienten in die Notaufnahme der Klinik
- Wartezeiten / Crowding
- Noch keine Ausbildung in der Notfallmedizin

- Zeitgerechte, bedarfsadaptierte Notfallbehandlung
- Bedarfsgerechte Dringlichkeitseinschätzung
- Sicherstellung einer ausreichenden baulichen Kapazität
- Sicherstellung einer ausreichenden personellen Kapazität
- Qualitätskontrolle

Σ



<http://www.kirchenweb.at/osterhase/eierlegendewollmilchsau/>



Ist die Versorgung ambulanter Notfälle in Deutschland zu einem Problem geworden?

Notaufnahmen in Not

Von Nicole Höfle 15. Juli 2015 - 13:52 Uhr

In die Notaufnahmen der Stuttgarter mehr Patienten – auch immer mehr, Notfälle sind.

SPIEGEL ONLINE

Medizin: Jeder

Lüner Notaufnahmen kommen

Der Westen, 14.10.20

POLITIK

Ambulante Notfallversorgung – aber am richtigen Ort

Dtsch Arztebl 2015; 112(9): A-353 / B-303 / C-299

Ü
W

Die Verlagerung von Leistungsgeschehen in Notambulanzen ist keine deutsche Besonderheit

The Telegraph

A&E crisis: NHS posts worst waiting time figures in a decade

Health Secretary Jeremy Hunt says there is a 'huge amount of pressure' on the NHS in England and hospital bosses feel they are 'running just to keep still'

Academic Emergency Medicine
Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine

ORIGINAL RESEARCH CONTRIBUTIONS

International Perspectives on Emergency Department Crowding

Jesse M. Pines, MD, MBA, MSCE, Joshua A. Hilton, MD, Ellen J. Weber, MD, Annechien J. Alkemade, MD, Hasan Al Shabaneh, MD, Philip D. Anderson, MD, Michael Bernhard, MD, Alessio Bertini, MD, André Gries, MD, Santiago Ferrandiz, MD, Vijaya Arun Kumar, MD, Veli-Pekka Harjola, MD, Barbara Hogan, MD, Bo Madsen, MD, MPH, Suzanne Mason, MD, Gunnar Ohlén, MD, PhD, Timothy Ralston, MD, Niels Radtke, MD, Eric Rivara, MD, Drew Richardson, MBBS, Mehdi Sattarian, MD, and Michael J. Schull, MD, MSc, FRCPC

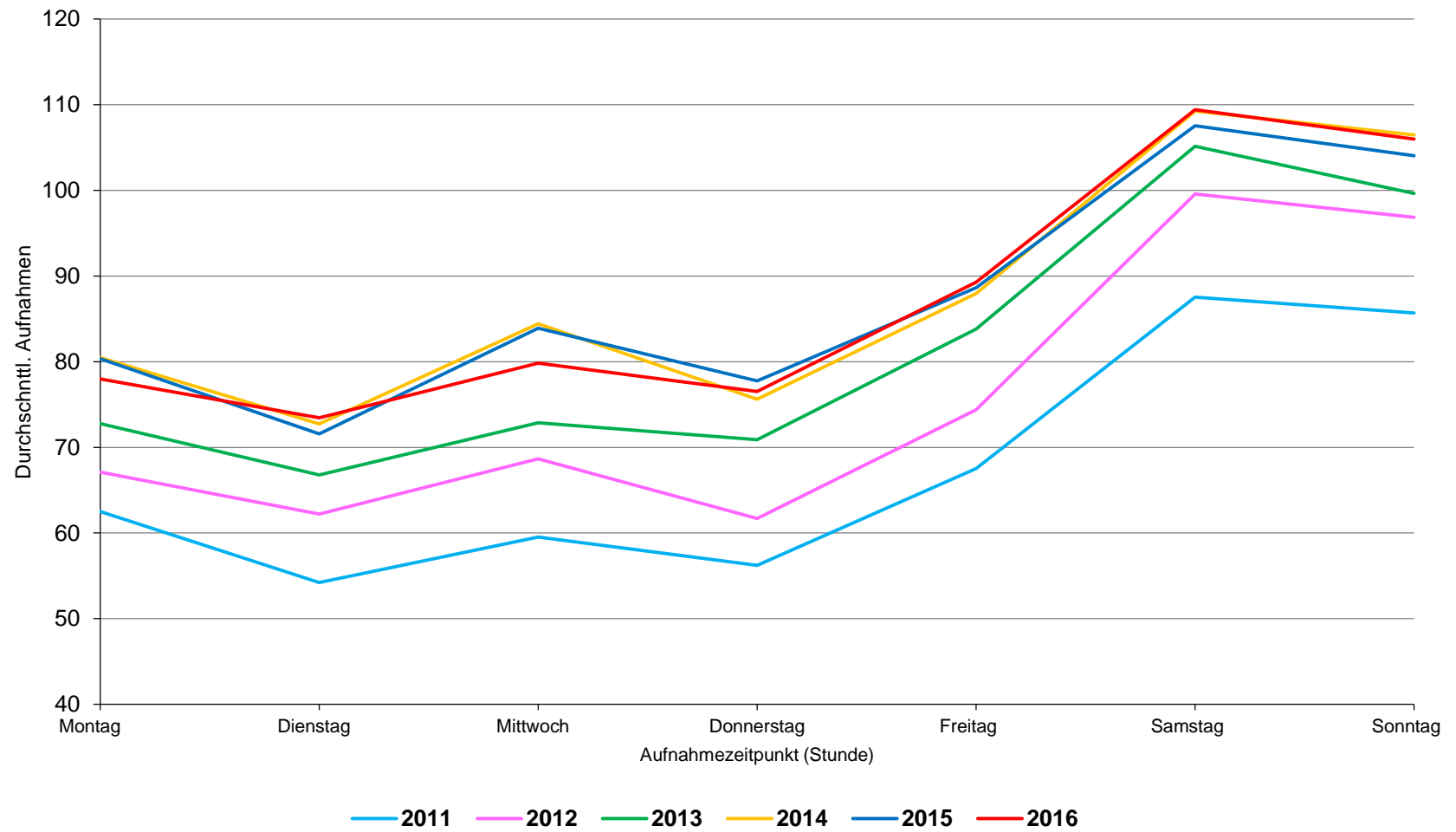
Abstract

The maturation of emergency medicine (EM) as a specialty has coincided with dramatic increases in emergency department (ED) visit rates, both in the United States and around the world. ED crowding has become a public health problem where periodic supply and demand mismatches in ED and hospital resources cause long waiting times and delays in critical treatments. ED crowding has been associated with several negative clinical outcomes, including higher complication rates and mortality. This article describes emergency care systems and the extent of crowding across 15 countries outside of the United States: Australia, Canada, Denmark, Finland, France, Germany, Hong Kong, India, Iran, Italy, The Netherlands, Saudi Arabia, Catalonia (Spain), Sweden, and the United Kingdom. The authors are local emergency care leaders with knowledge of emergency care in their particular countries. Where available, data are provided about visit patterns in each country; however, for many of these countries, no national data are available on ED visit rates or crowding. For most of the countries included, there is both objective evidence of increases in ED visit rates and ED crowding and also subjective assessments of trends toward higher crowding in the ED. ED crowding appears to be worsening in many countries, despite the presence of universal health coverage. Scandinavian countries with robust systems to manage acute care outside the ED do not report crowding as a major problem. The main cause for crowding identified by many authors is the boarding of admitted patients, similar to the United States. Many hospitals in these countries have implemented operational interventions to mitigate crowding in the ED, and some countries have imposed strict limits on ED length of stay (LOS), while others have no clear

Land	Steigende Zahlen Notfälle im KH
Australien	✓
Kanada	✓
Dänemark	✓
Finnland	✓
Frankreich	✓
Hong Kong	✓
Indien	✓
Iran	✓
Italien	✓
Niederlande	✓
Saudi Arabien	✓
Spanien (Katalonien)	✓
Schweden	✗
UK	✓

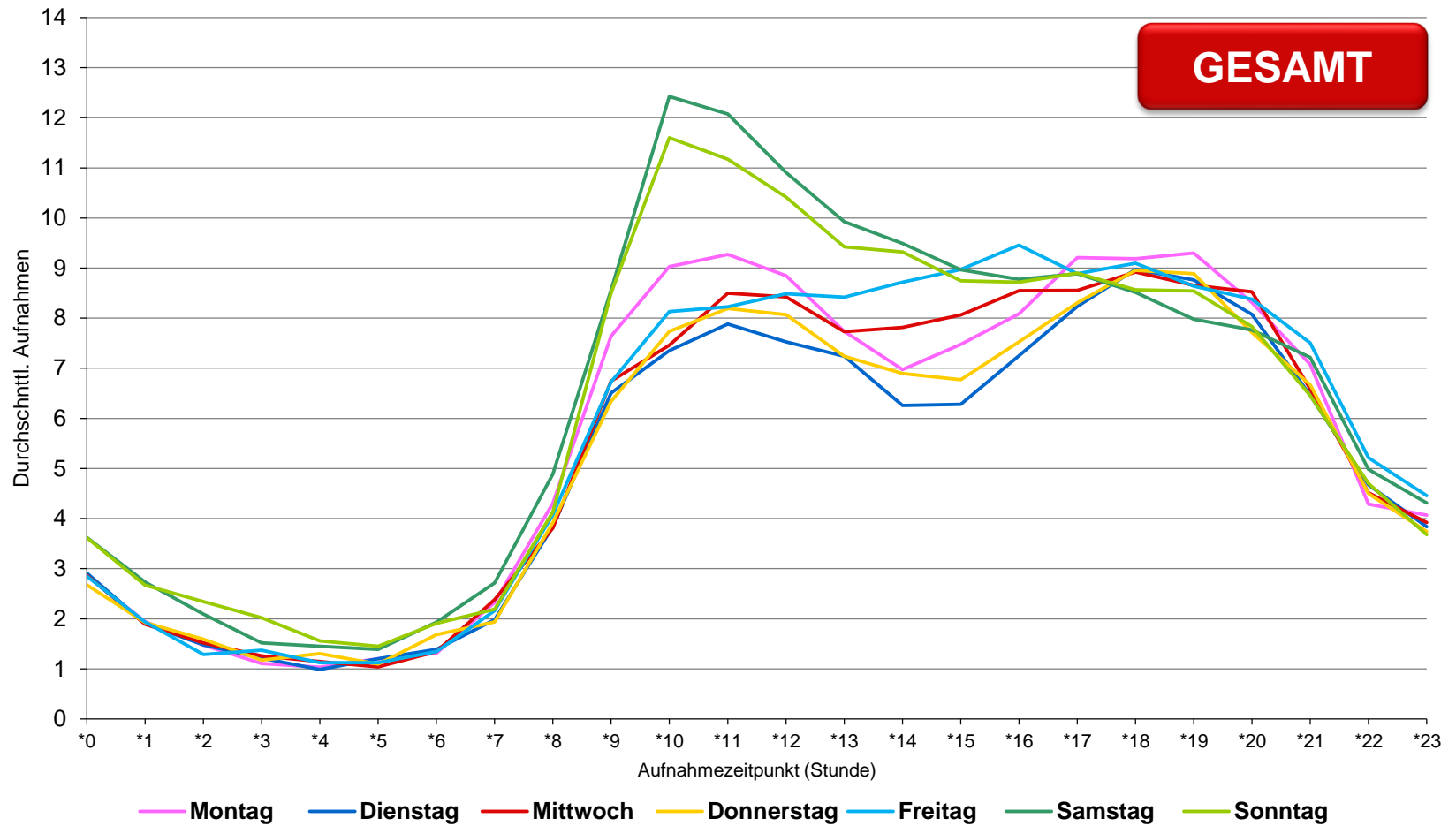


Durchschnittl. ambulante Patientenaufnahmen in der ZNA nach Wochentag im Zeitverlauf



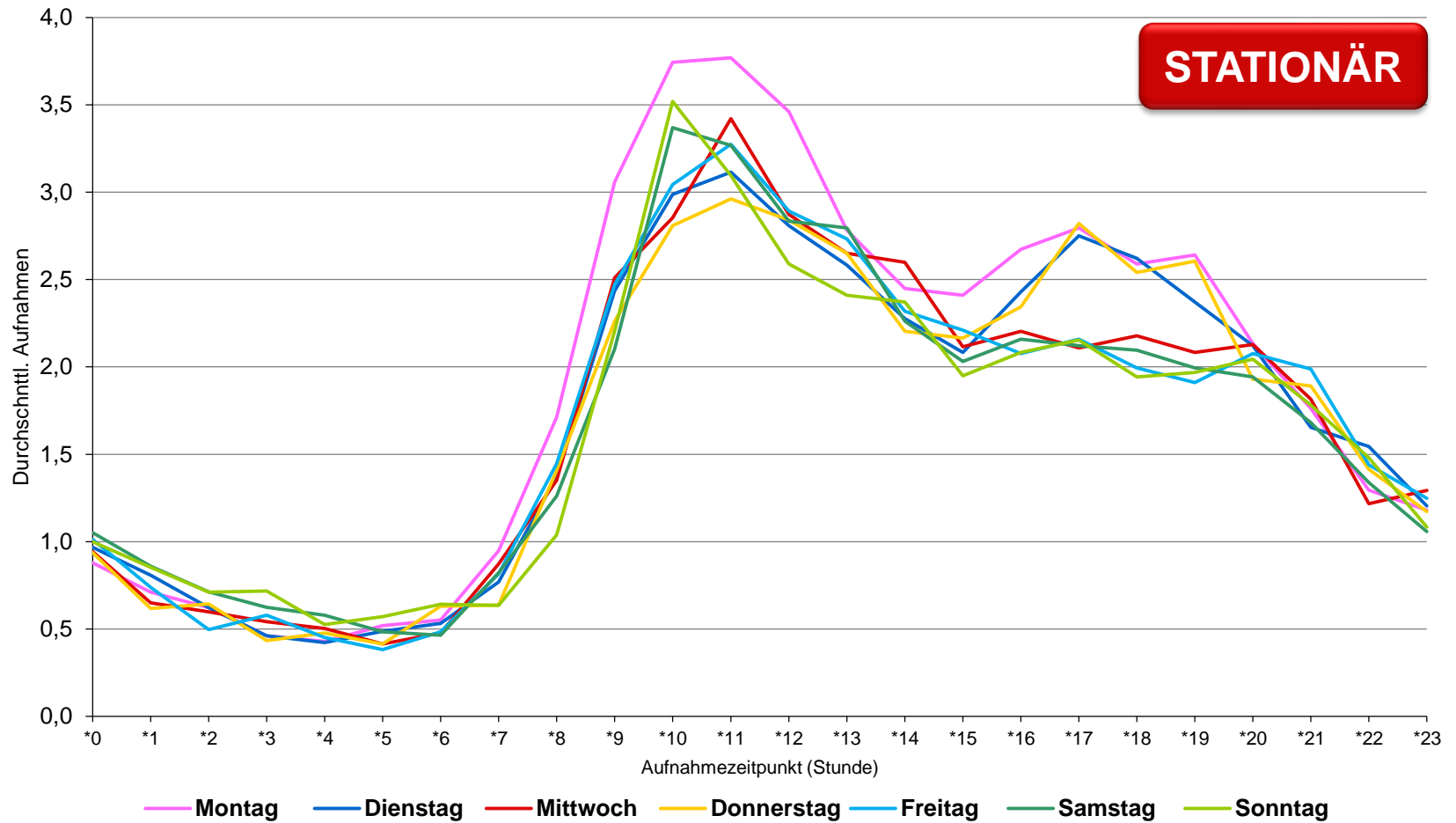


Durchschnittl. Patientenaufnahmen in der ZNA nach Wochentag und Stunde – 2014 bis 2016



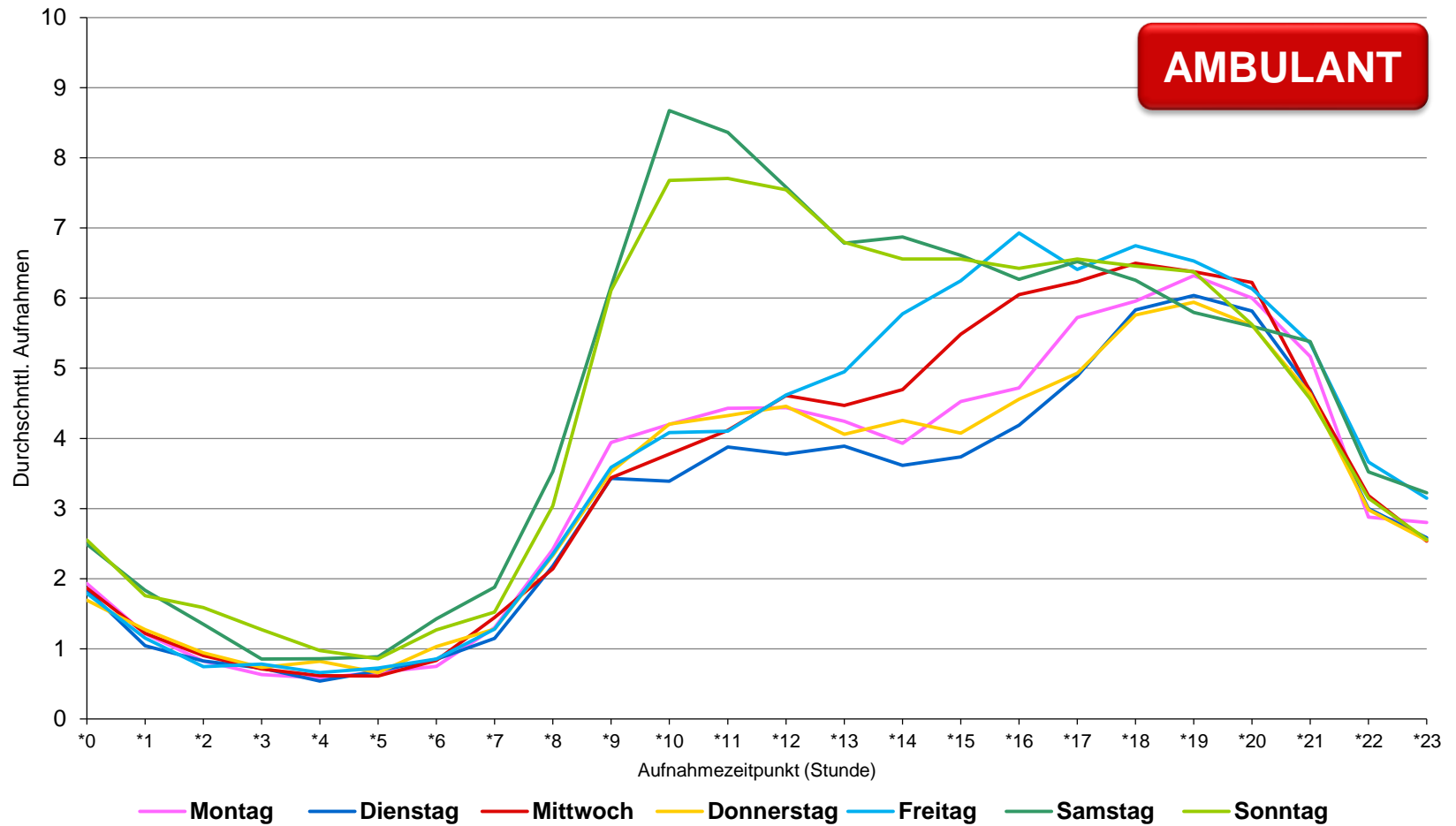


Durchschnittl. Patientenaufnahmen in der ZNA nach Wochentag und Stunde – 2014 bis 2016

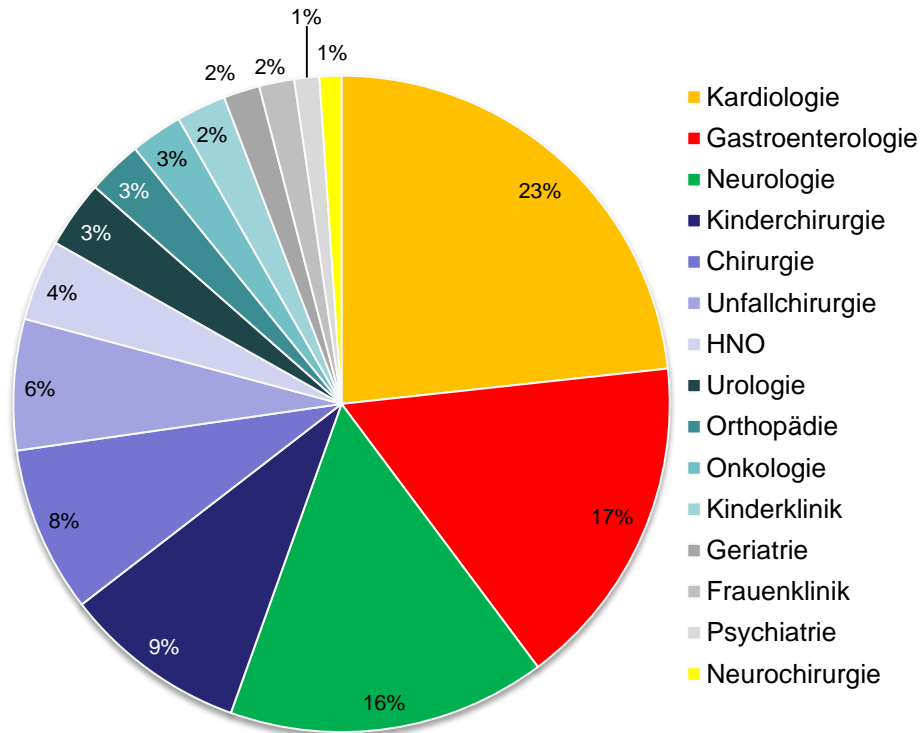




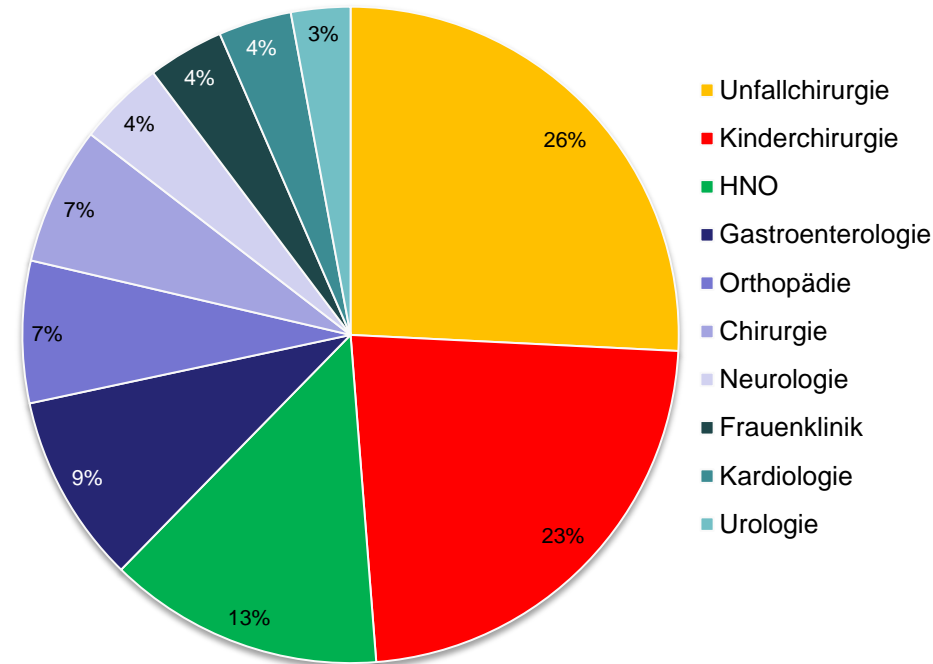
Durchschnittl. Patientenaufnahmen in der ZNA nach Wochentag und Stunde – 2014 bis 2016



**Patientenaufnahmen nach Fachabteilung
Stationär (n=45.048)**



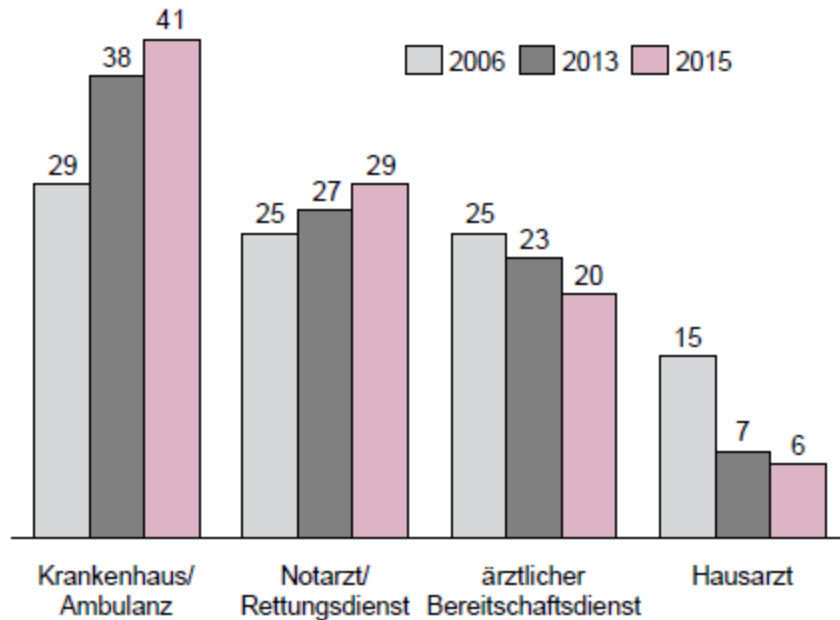
**Patientenaufnahmen nach Fachabteilung
Ambulant (n=96.198)**



Fachabteilungen < 1% sind nicht abgebildet

Auf Seiten der Versicherten zeichnet sich ein Trend zur Notfallversorgung ab: KBV-Versichertenbefragung 2015

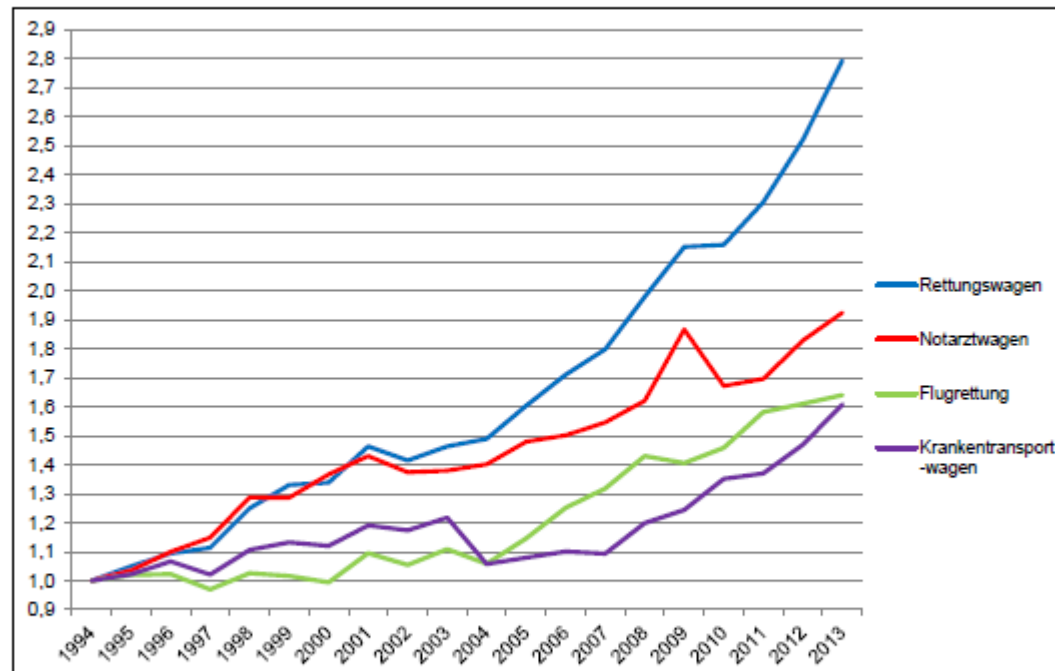
Ärztliche Hilfe nachts oder am Wochenende (in %)



- Frage: „wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“
↓
- Die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes bzw. der Ärzte direkt ist rückläufig
- Stattdessen werden Krankenhäuser bzw. sogar der Notarzt direkt von den Patienten angesteuert

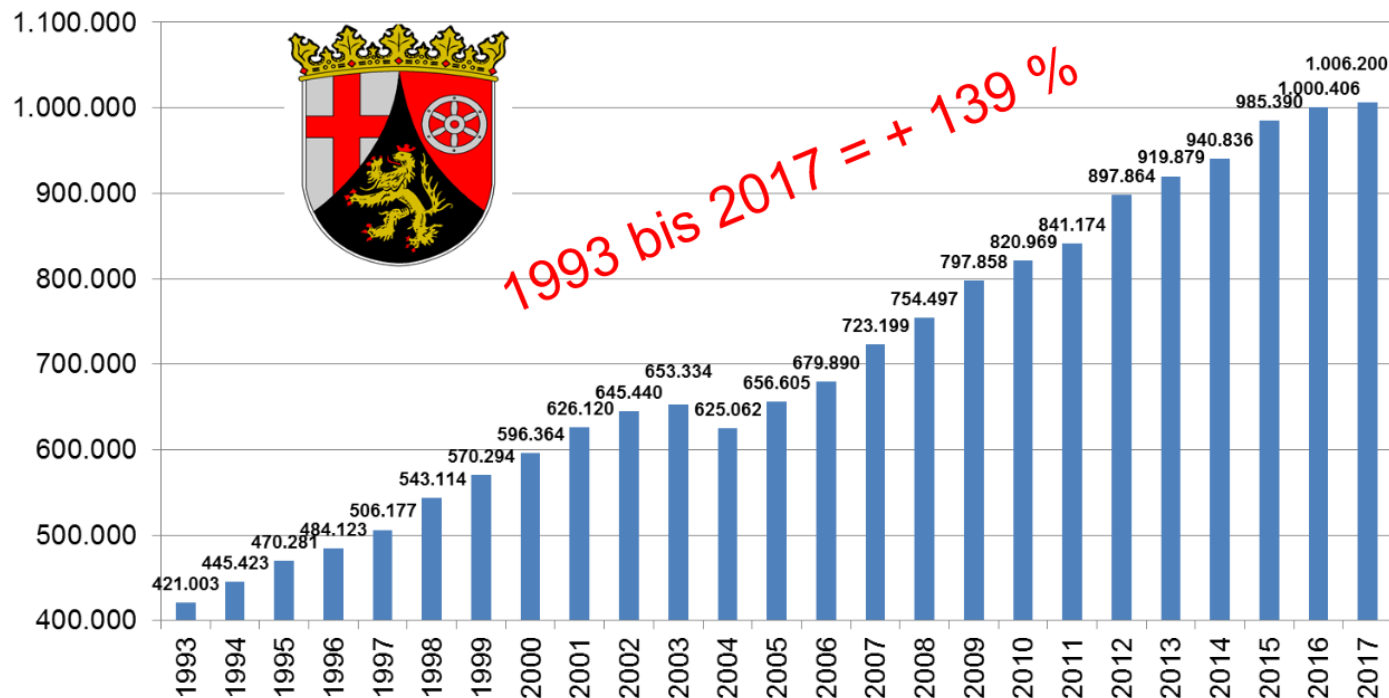
Quelle: KBV 2015 n=5684

Inanspruchnahme Versorgungsebene Rettungsdienst



Indexierte Entwicklung der Einsatzzahlen der Transportmittel für Rettungsfahrten und Krankentransporte für GKV-Versicherte (1994 - 2013; 1994 = 1); Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der GKV-Statistik (KG2 und KJ1)

Gesamteinsätze des öffentlich-rechtlichen bodengebundenen Rettungsdienstes in Rheinland-Pfalz von 1993 bis 2017



Autor: Claus Brucker, Mdl, Mai 2018

Luftrettung Rheinland-Pfalz:

Gesamteinsätze des öffentlich-rechtlichen Luftrettungsdienstes

Einsätze seit Beginn	bis 2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gesamt
	93.920	5.525	5.974	6.398	6.971	6.872	7.542	7.945	8.213	8.072	8.226	8.508	174.166

Crowding



Klinikum Frankfurt Höchst



Klinikum Frankfurt Höchst

Zentrale Notaufnahme / Dr. med. Peter-Friedrich Petersen

- Kommunikation
- Wertschätzung
- Arbeitsbelastung
- Persönlichkeitsunterschiede



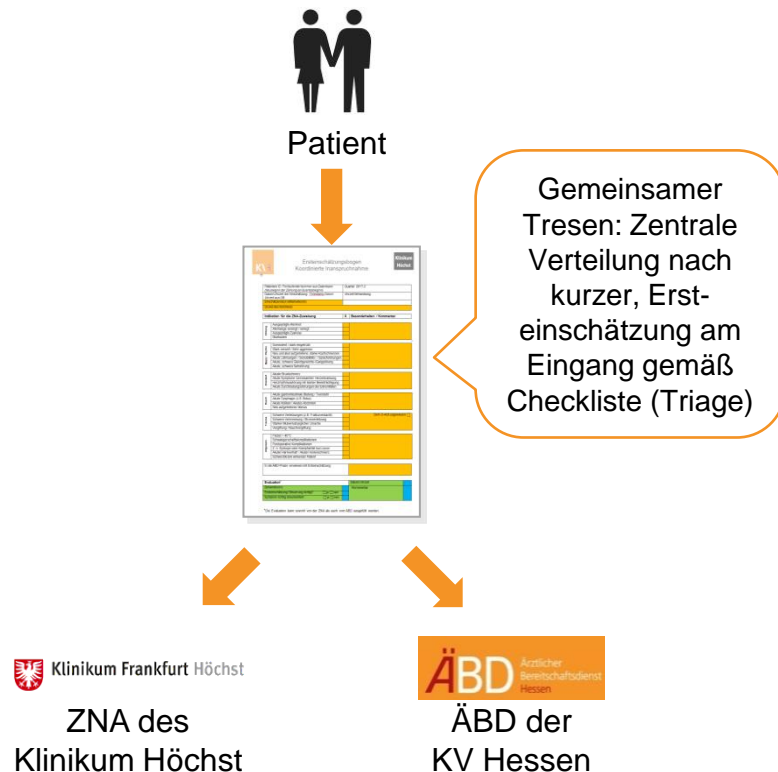
Weitere Cartoons unter www.facebook.com/medilearn
oder unter www.medi-learn.de/cartoons

Durch eine Triage werden die Patienten in Höchst bedarfsgerecht gesteuert



Triage - schematischer Ablauf

Beschreibung



Die ÄBD Zentrale am Klinikum Höchst wurde am 01. Oktober 2018 gestartet

Die Triage ist erster Anlaufpunkt für alle gehfähigen, nicht schwerkranken Patienten

Zu den Zeiten der höchsten Inanspruchnahme:

Wochentag: 19 – 24 Uhr

Mittwoch/Freitag: 14 – 24 Uhr

Wochenende / Feiertag: 09 – 24 Uhr

Auf Basis der Einschätzung der Triage wird der Patient in die ZNA des Klinikum Höchst oder den ÄBD gesteuert

Durchgeführt wird die Triage durch geschultes Personal

Regelmäßige Qualitätszirkel zur Sicherstellung eines hohen notfallmedizinischen Standards

**Ersteinschätzungsbogen
Koordinierte Inanspruchnahme**

Patienten-ID:	
Datum/Uhrzeit der Einschätzung:	Uhrzeit Behandlung:
Einschätzende(r) Mitarbeiter(in):	Behandler(in):
Grund des Kommens:	

Indikation für die ZNA-Zuweisung	X	Besonderheiten / Kommentar
----------------------------------	---	----------------------------

Atmung	Ausgeprägte Atemnot		
	Atemwege verengt / verlegt		
	Ausgeprägte Zyanose		
	Bluthusten		

Neuro / Psyche	Somnolent / stark eingetrübt		
	Stark verwirrt / Sehr aggressiv		
	Neu und akut aufgetretene, starke Kopfschmerzen		
	Akute Lähmungen / Sensibilitäts- / Sprachstörungen		
	Akute, schwere Gleichgewichts-/Gangstörung		
	Akute, schwere Sehstörung		

Kreislauf	Akuter Brustschmerz		
	Akute Symptome bei bekannter Herzerkrankung		
	Herzrhythmusstörung mit starker Beeinträchtigung		
	Akute Durchblutungsstörungen der Extremitäten		

Bauch	Akute gastrointestinale Blutung / Teerstuhl		
	Akute Dysphagie (z.B. Bolus)		
	Akute Koliken / Akutes Abdomen		
	Neu aufgetretener Ikterus		

Trauma	Schwere Verletzungen (z.B. Frakturverdacht)		Dem D-Arzt zugewiesen <input type="checkbox"/>
	Schwere Verbrennung / Stromverletzung		
	Starker Blutverlust jeglicher Ursache		
	Vergiftung / Rauchvergiftung		

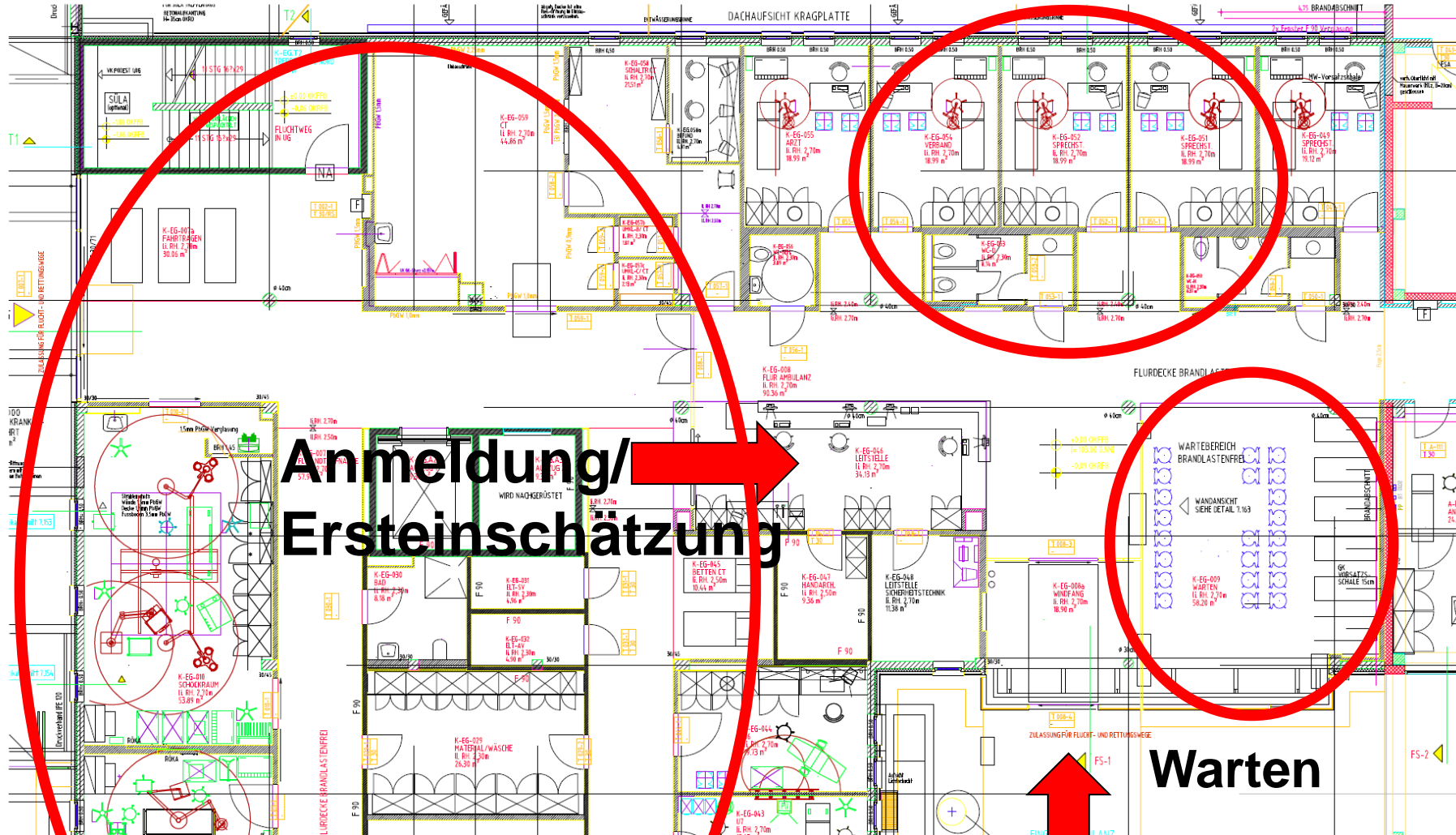
Allgemein	Fieber > 40°C		
	Schwangerschaftskomplikationen		
	Postoperative Komplikationen		
	Z. n. Synkope oder Krampfanfall kurz zuvor		
	Akuter Harnverhalt / Akuter Hodenschmerz		
	Schwerstkrank wirkender Patient		

In die ÄBD-Praxis verwiesen mit Ersteinschätzung:	
---	--

Evaluation	Datum/Uhrzeit:
Behandler(in):	Kommentar:
Ersteinschätzung richtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Symptom richtig dokumentiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Lageplan:

Behandlung



**Anmeldung/
Ersteinschätzung**

Warten

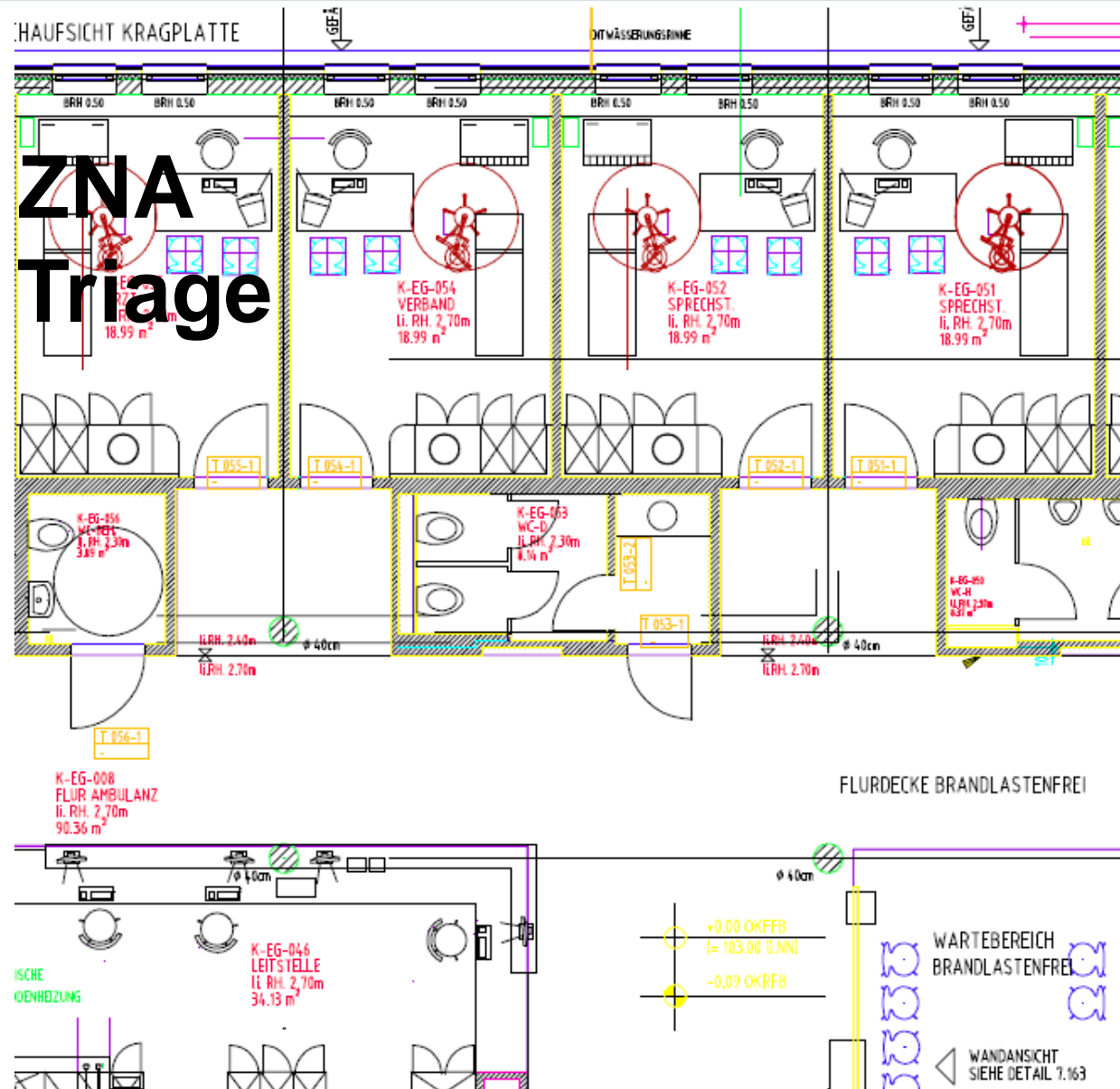
ZNA

Eingang

Räume:

ZNA
Triage

18.99 m²



1.10.2017; 9:00 Uhr:

13 Patienten am Tresen

=> 12 in ABD

=> 1 in ZNA

in der ersten Schicht bis ca. 15 Uhr

61 Pat. im ABD

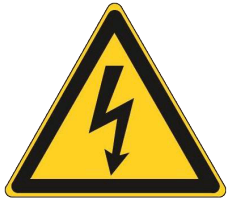
23 Pat. in ZNA

Wahrnehmung in der ZNA: deutliche Entlastung

Oktober und November 2017:

390 Evaluationsbögen in der ZNA archiviert

156	richtig eingeschätzt	40,0 % (86,7 % der evaluierten Bögen)
24	falsch eingeschätzt	6,2 % (13,3 % der evaluierten Bögen)
210	nicht eingeschätzt	53,8 %

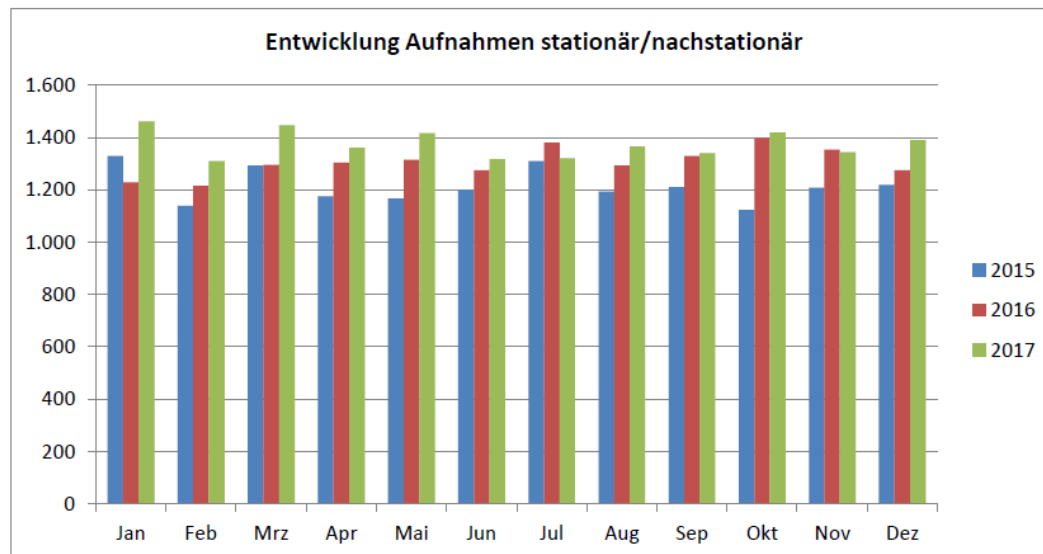
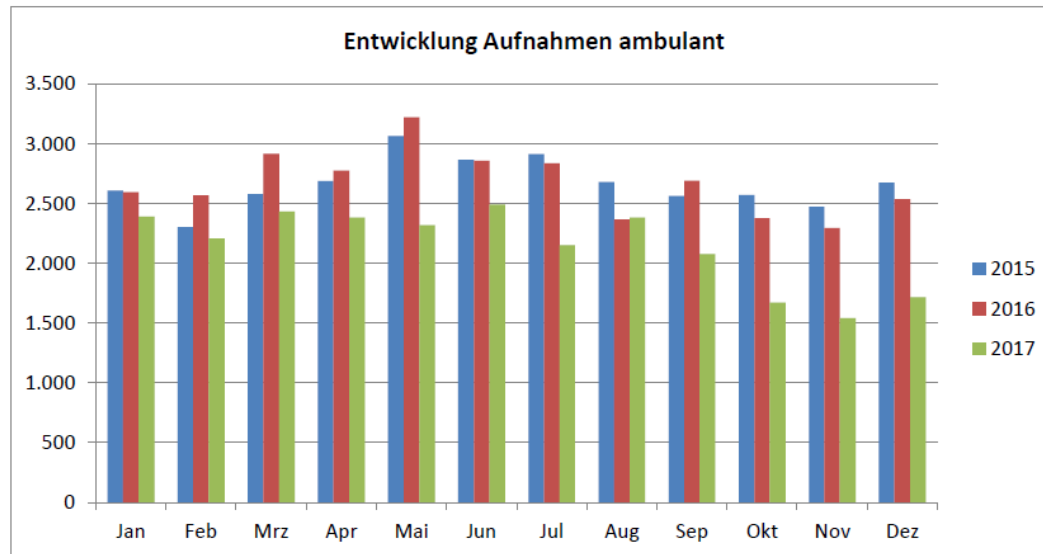


Intervention in den Frühbesprechungen der Kliniken Anfang Dezember

Dezember 2017:

187 Evaluationsbögen in der ZNA archiviert

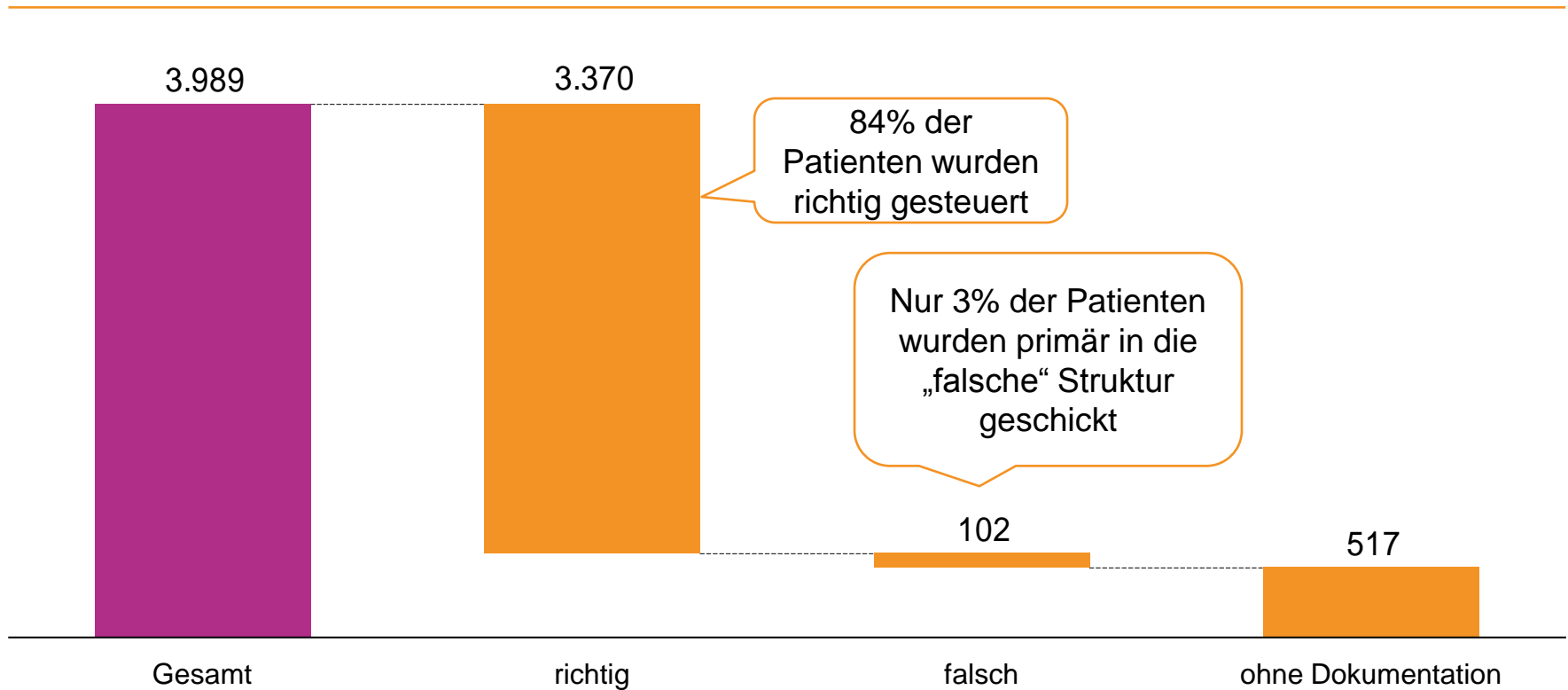
137	richtig eingeschätzt	73,2 % (87,8 % der evaluierten Bögen)
19	falsch eingeschätzt	10,2 % (12,2 % der evaluierten Bögen)
31	nicht eingeschätzt	16,6 %



Auswertung **ÄBD & ZNA**: Hoher Anteil richtiger Steuerung durch Triage



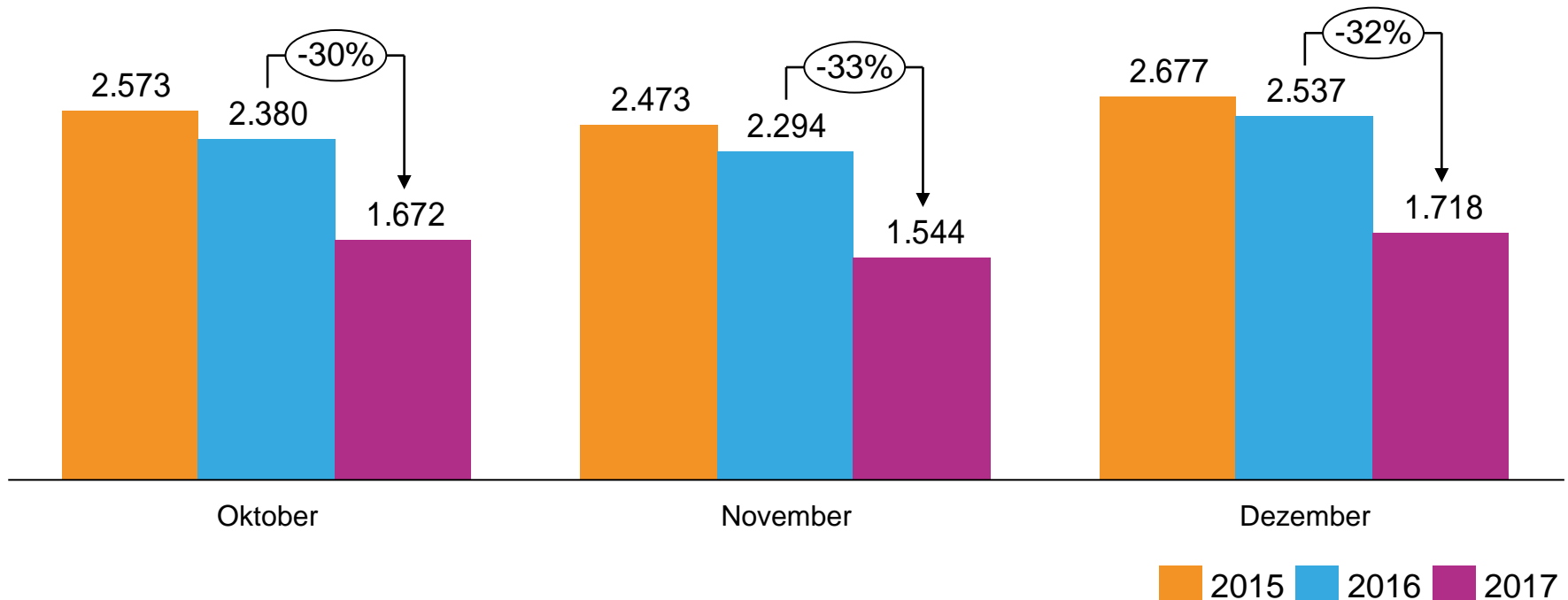
Ersteinschätzung



Deutlicher Rückgang der ambulanten Fälle in der ZNA



Fallzahl ambulante Fälle der zentralen Notaufnahme (ZNA) im Verlauf



Durch Triage konnte die ZNA im 4. Quartal um über 2.000 Fälle entlastet werden

Zusammenfassung



Insgesamt wurden im 4. Quartal 2017 fast 4.000 Patienten durch die Triage gesteuert (dokumentierte Fälle)

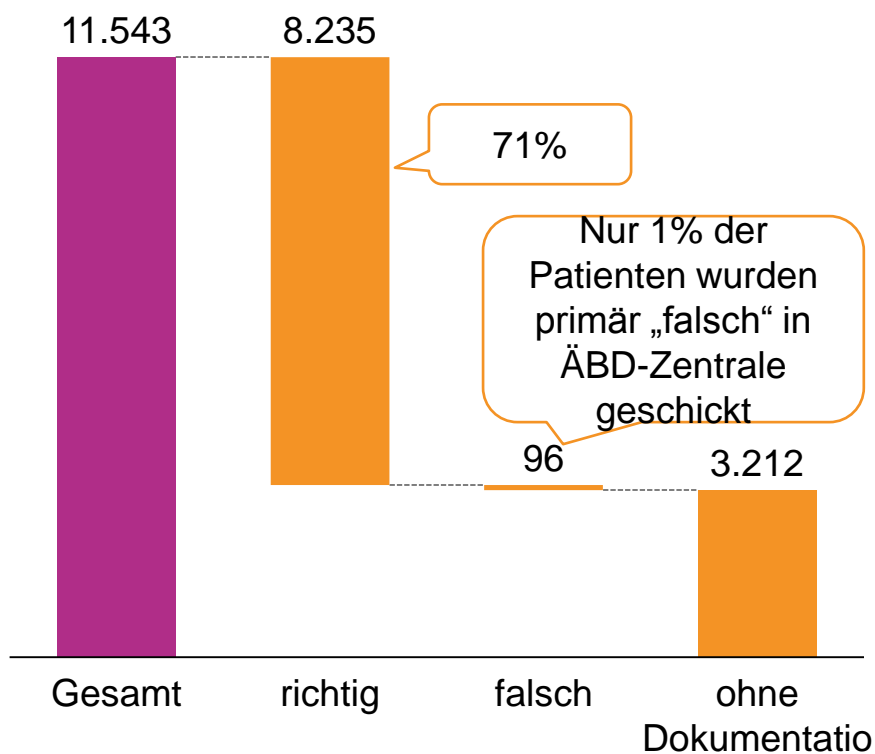
Der Anteil der „falsch“ gesteuerten Patienten lag bei nur 3%

Die Zahl der ambulanten Patienten in der zentralen Notaufnahme (ZNA) konnte im Vergleich zu dem Vorjahr um ca. 30% reduziert werden

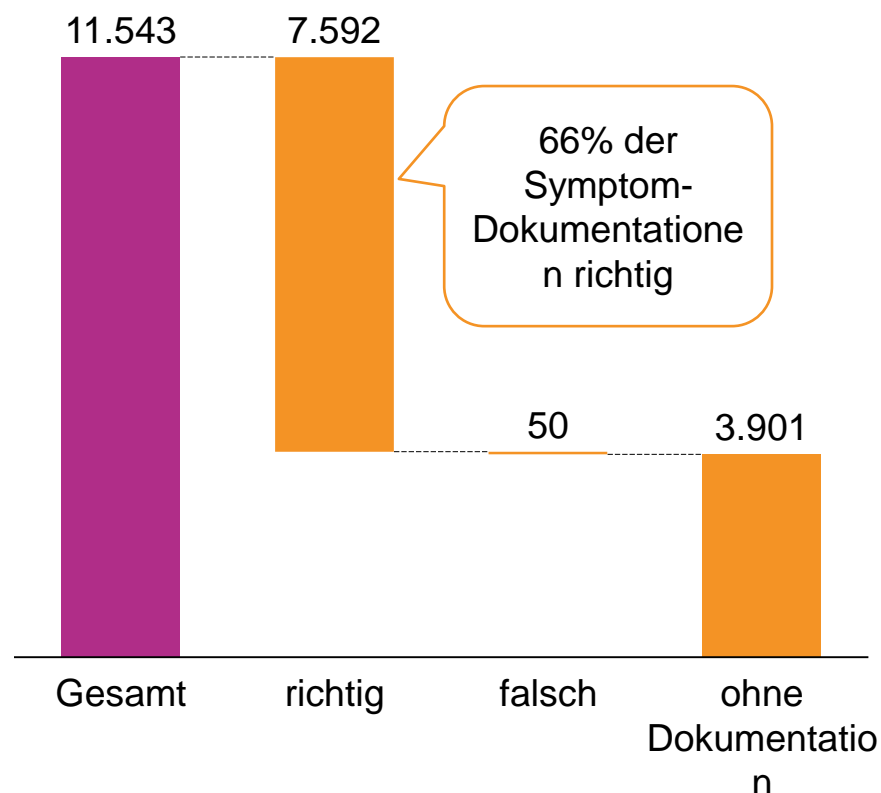
Auswertung **ÄBD**: Auswertungen zeigen eine gute Steuerungswirkung



Ersteinschätzung



Dokumentation Symptome

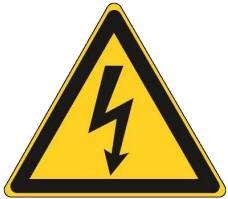


Auswertungszeitraum: 01. Oktober 2017 bis 31. Juli 2018
Nur Patienten der ÄBD-Zentrale Höchst
Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

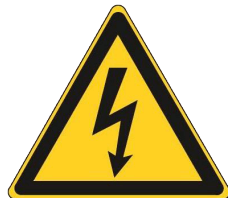
Januar – Juni 2018:

658 Evaluationsbögen in der ZNA archiviert

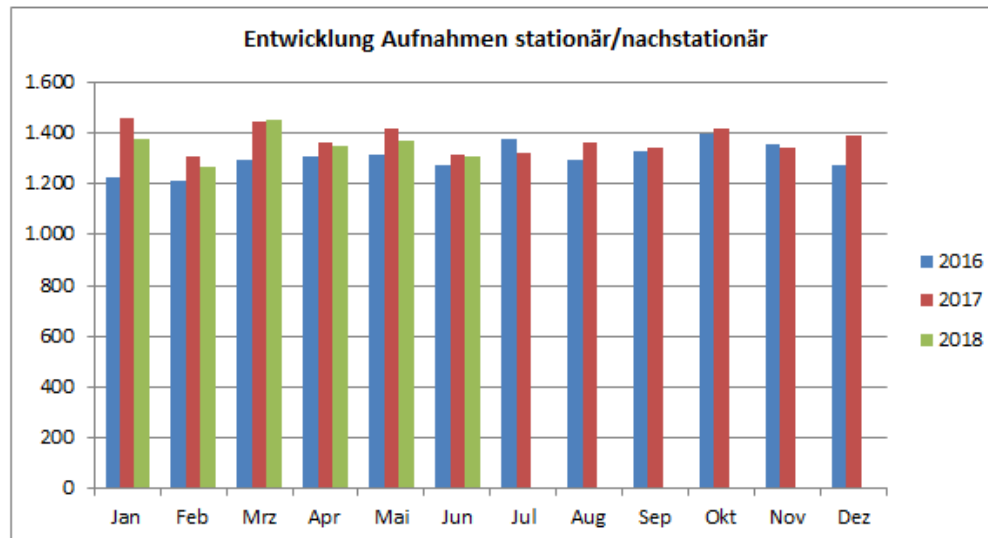
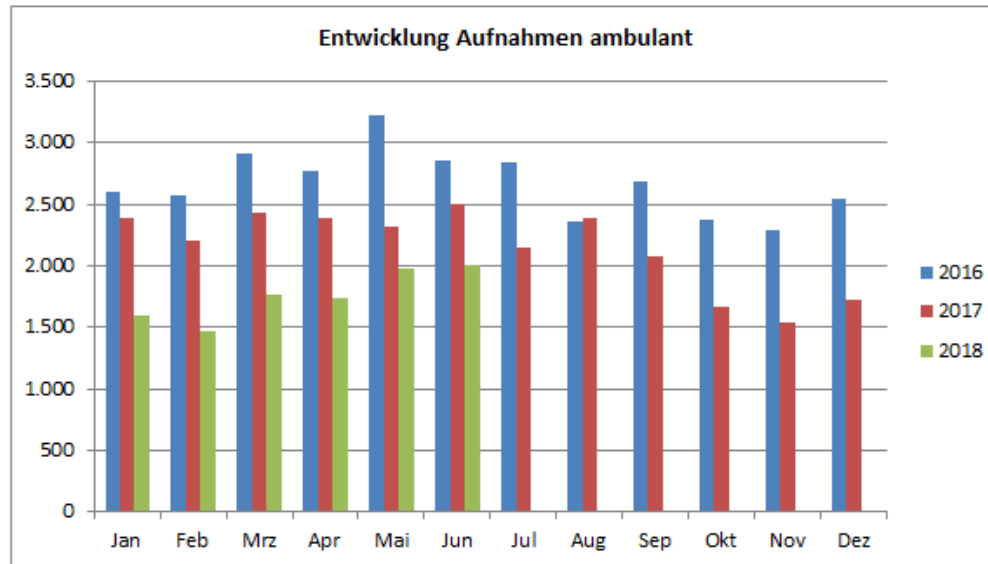
425	richtig eingeschätzt	64,6 %	(90,8 % der evaluierten Bögen)
43	falsch eingeschätzt	6,5 %	(9,2 % der evaluierten Bögen)
190	nicht eingeschätzt	28,9 %	



Erneute Intervention



EDV-Evaluation ab 7/2018!



Sehr freundliche, vertrauensvolle Zusammenarbeit auf allen Ebenen

Deutliche Entlastung der ZNA bezüglich der Patientenanzahl
(abhängig von der Person des ÄBD-Arztes)

Deutlich reduzierter Diskussionsbedarf mit Patienten bezüglich
Behandlungsdringlichkeit und Wartezeit

Deutlich höhere Patientenzufriedenheit

Vermehrt Schwerkranke in der ZNA (stat. Behandlungen etwa gleich)

CMI der aufgenommenen Patienten steigt

In Abhängigkeit von der Anzahl schwerstkranker Patienten teilweise
auch Mehrbelastung in der ZNA

Insgesamt höhere Mitarbeiterzufriedenheit in allen Berufsgruppen in der
ZNA

Verbesserung der ÄBD-Betreuung an Brückentagen, insbesondere „zwischen den Jahren“

Ist seit April umgesetzt!

Konzept für die normalen Praxisöffnungszeiten /Partnerpraxen gestartet

EDV-gestützte Bearbeitung der Evaluationsbögen

Triageprogramm ist seit 2 Monaten eingeführt!

Überarbeitung des Triagebogens beim nächsten Qualitätszirkel am 6.11.2018

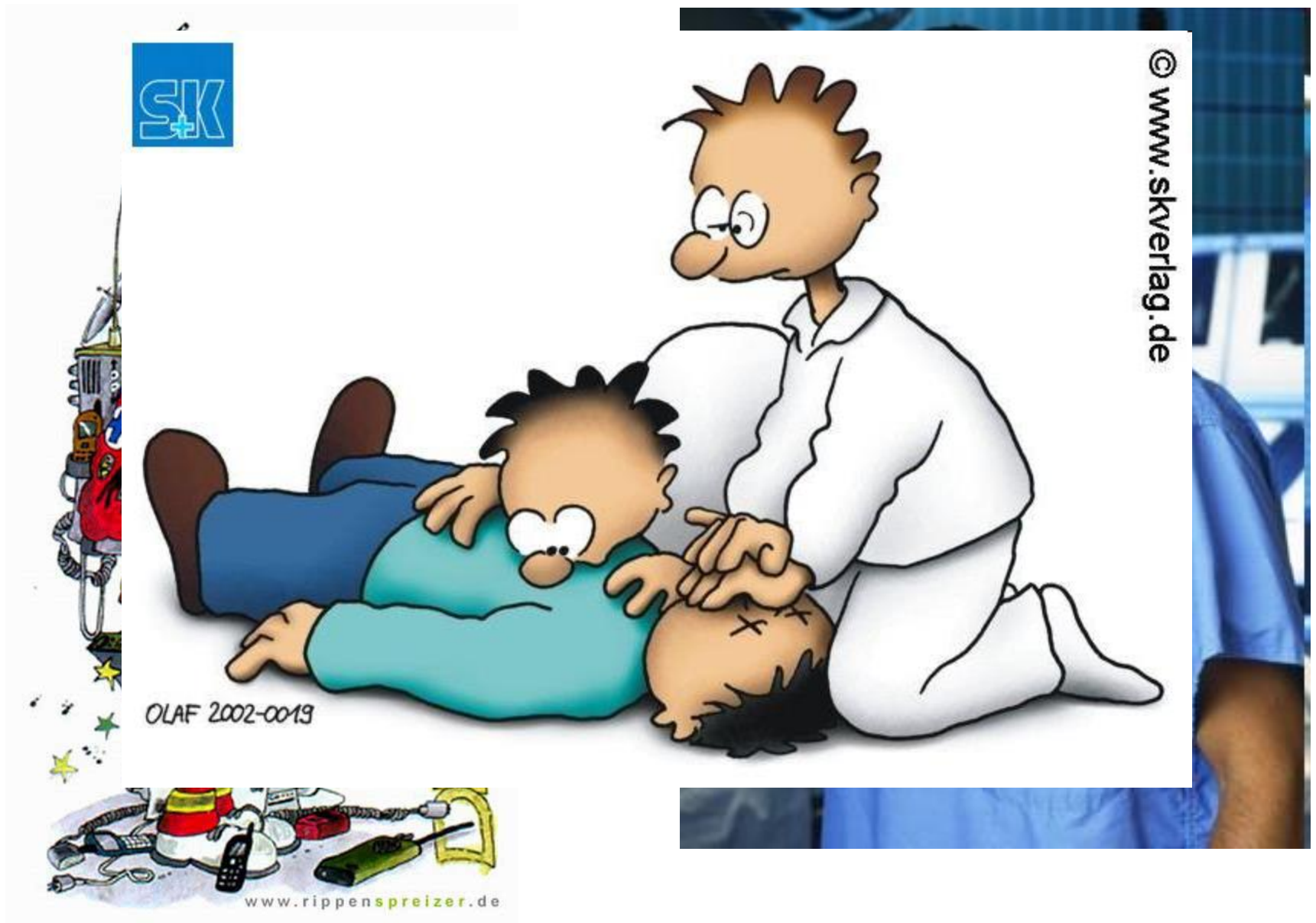
Neubau, Bezug 2019!



Welchen Arzt brauchen wir?



Klinikum Frankfurt Höchst

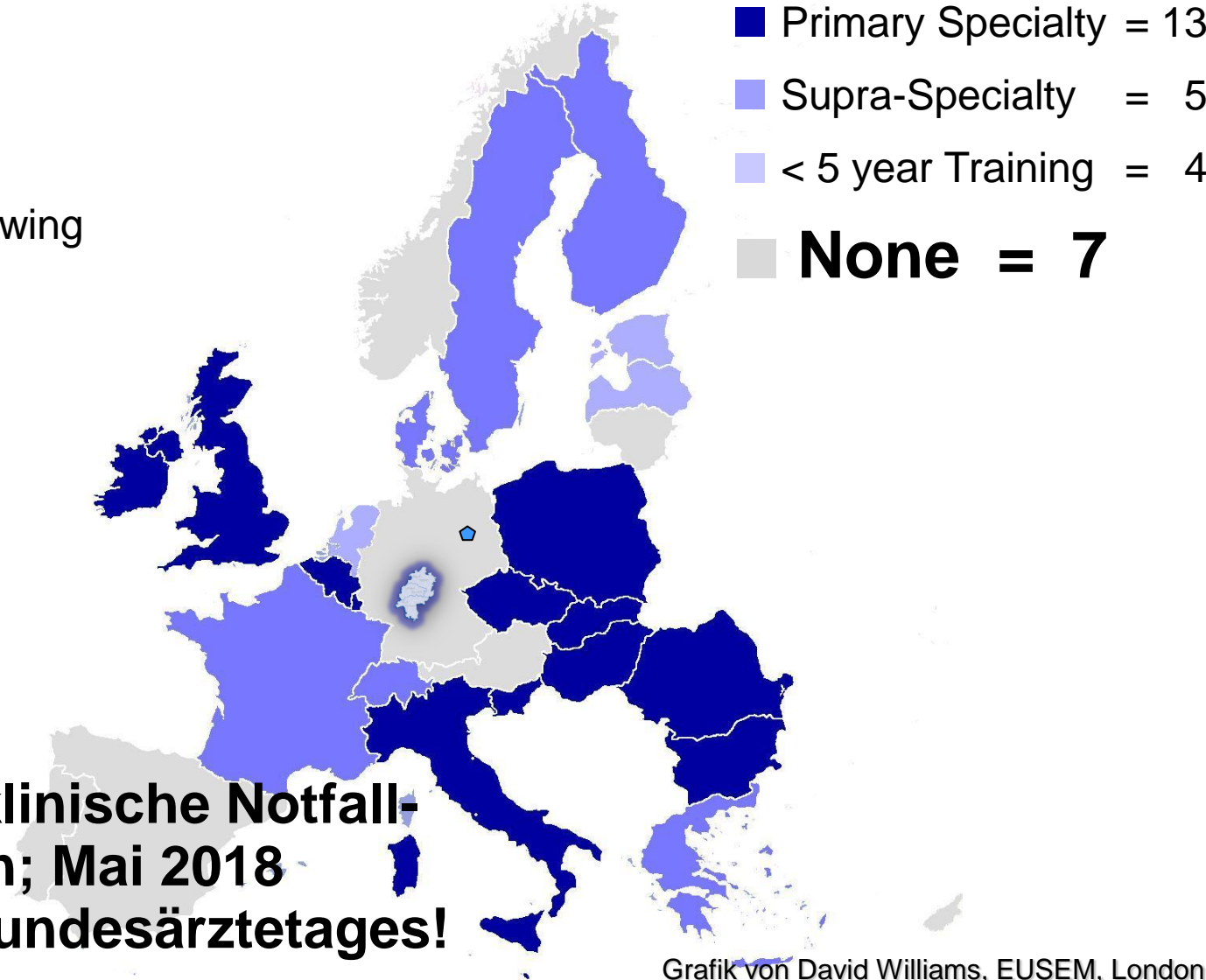


Zentrale Notaufnahme / Dr. med. Peter-Friedrich Petersen

2015:

Map of the 29 member countries of UEMS showing status of specialty of Emergency Medicine

- Primary Specialty = 13
- Supra-Specialty = 5
- < 5 year Training = 4
- **None = 7**



**Seit 2016 ZWB klinische Notfall-
medizin in Berlin; Mai 2018
Beschluß des Bundesärztekongresses!**

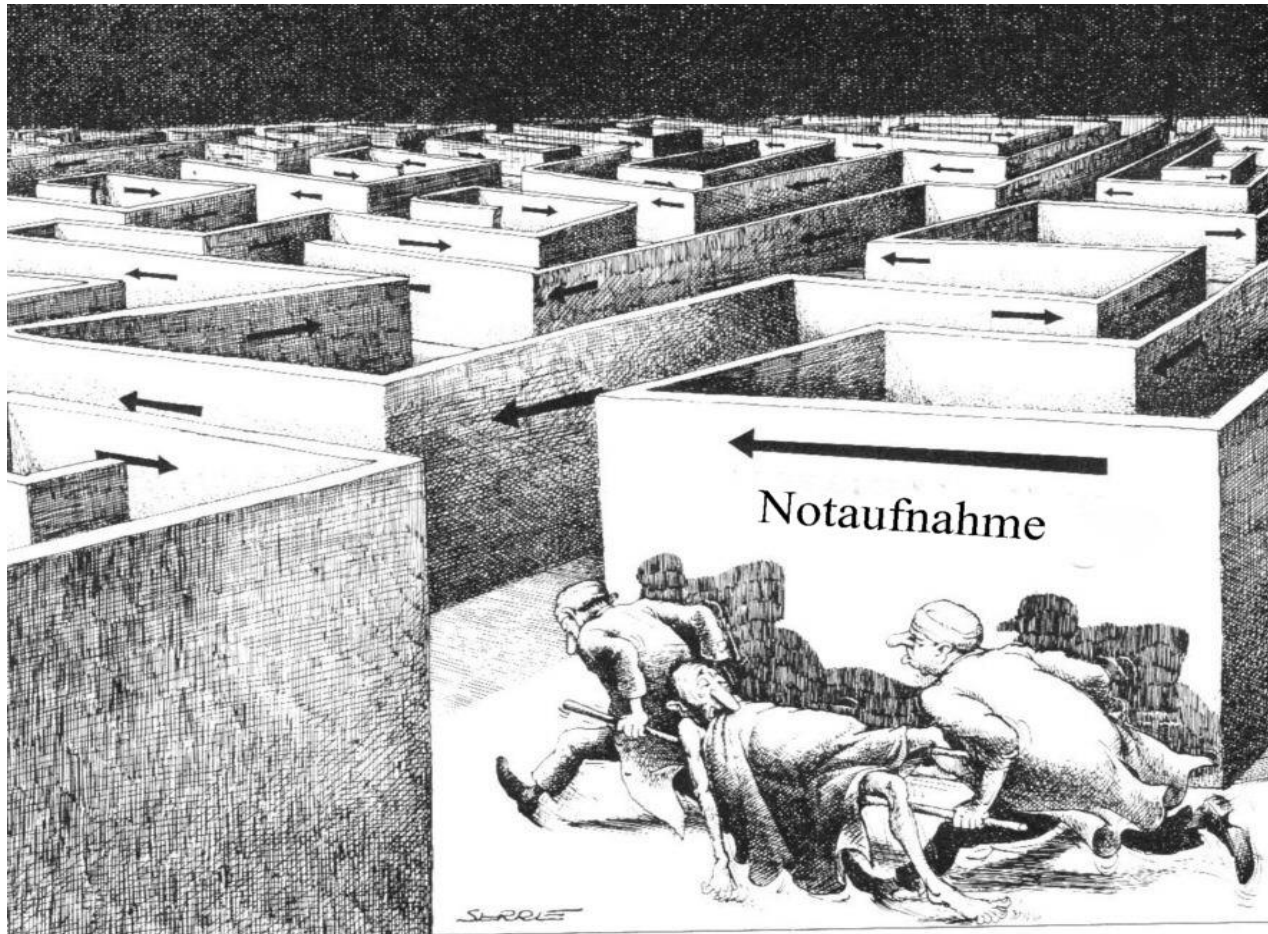
Wann auch in Hessen?

Grafik von David Williams, EUSEM, London

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Klinikum Frankfurt Höchst



Zusammenarbeit!

Im Team, interdisziplinär