



## **- Session 2: Akutprimärversorgung –**

# **Klinische Notfallversorgung als Baustein einer integrierten Notfallversorgung**

**Dr. med. Brigitte Wrede, MPH**

**Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Berlin**

**KBV Sicherstellungskongress 2023 13. Oktober 2023**

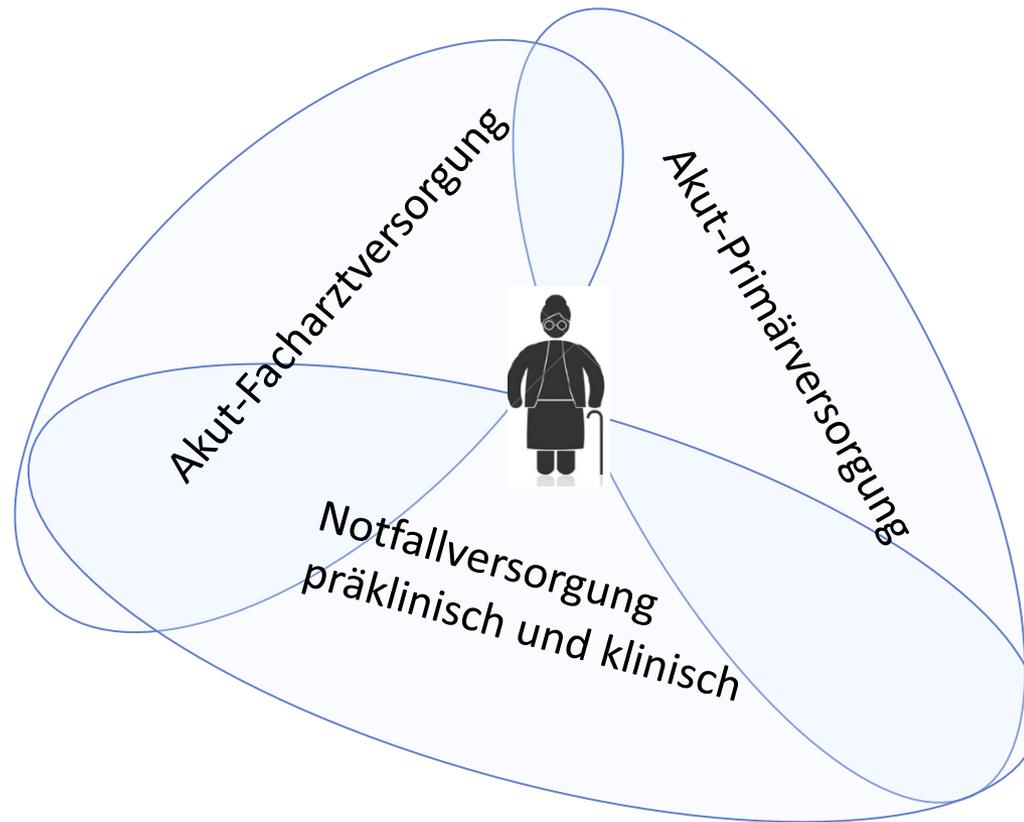


## Akutprimärversorgung

- Was ist eine Akut-Primärversorgung?
  - Hausärztliche Versorgung?
  - innerhalb von welcher Zeitspanne? 24h?
  - Während Praxisöffnungszeiten immer beim Hausarzt?
- Ist eine Akut-Facharztversorgung erforderlich?
  - Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Gynäkologie, HNO, Augen etc?
  - Wo findet diese statt?
- Ist eine Abgrenzung zur Notfallversorgung möglich und sinnvoll?
  - Rettungsdienstliche Notfalldefinition?
  - Zeit bis zur Versorgung?
  - Ressourcen des Krankenhauses erforderlich?
  - Verbleib der Patienten?



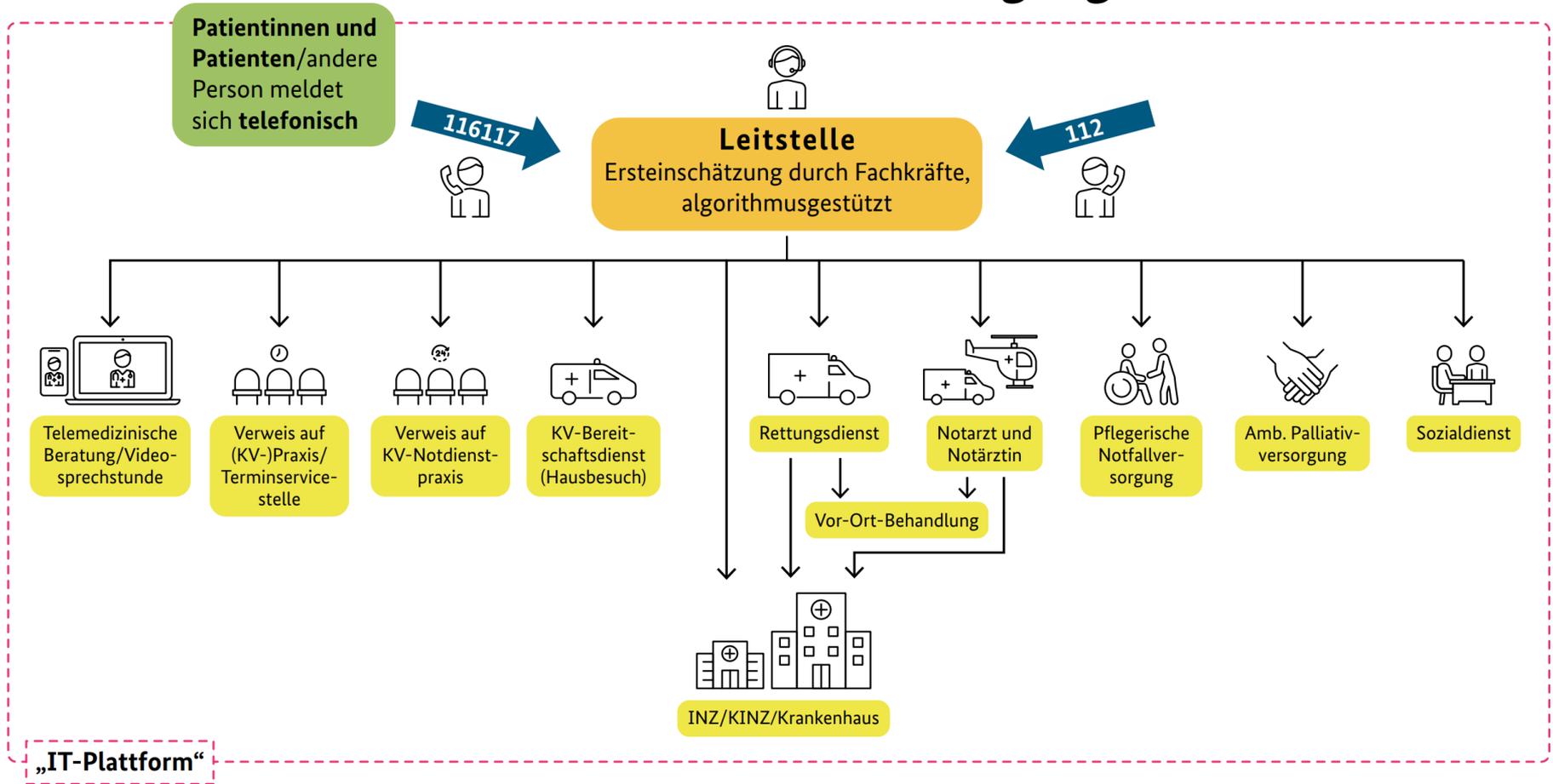
## Die ex ante Perspektive





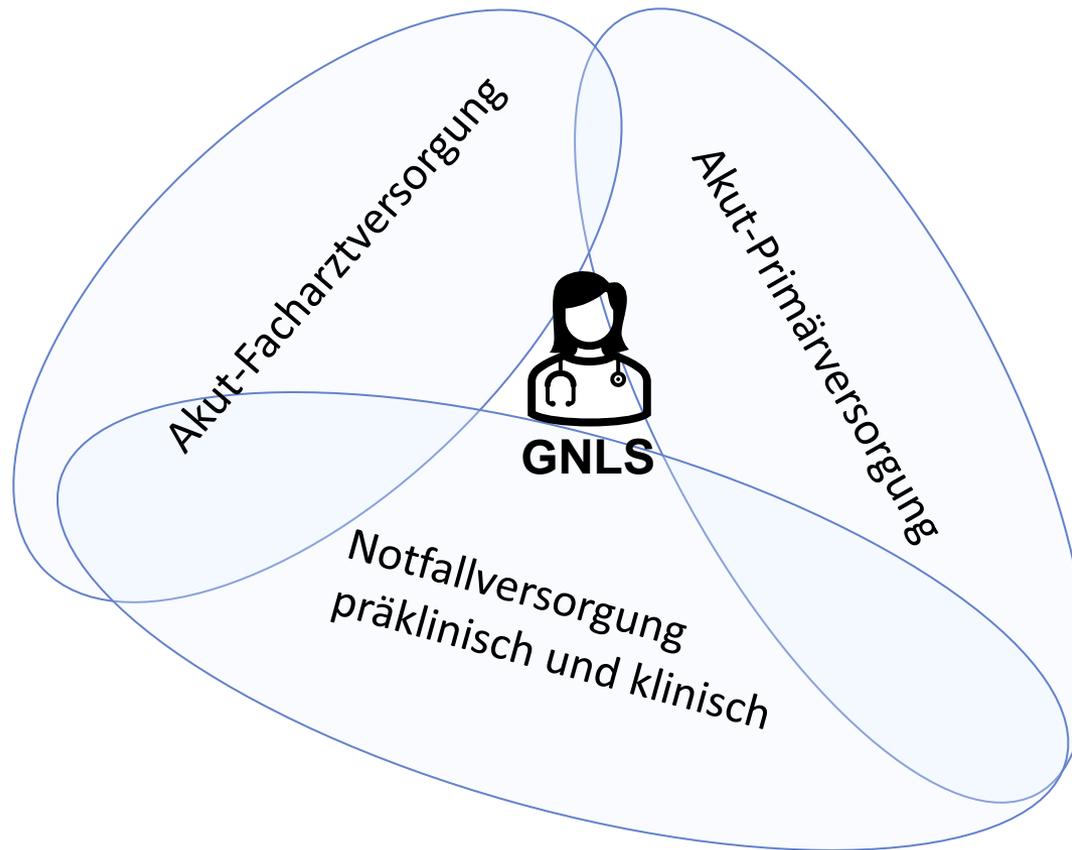
## Regierungskommission 2023 – Integrierte Akut- und Notfallversorgung

### Reform der Notfallversorgung





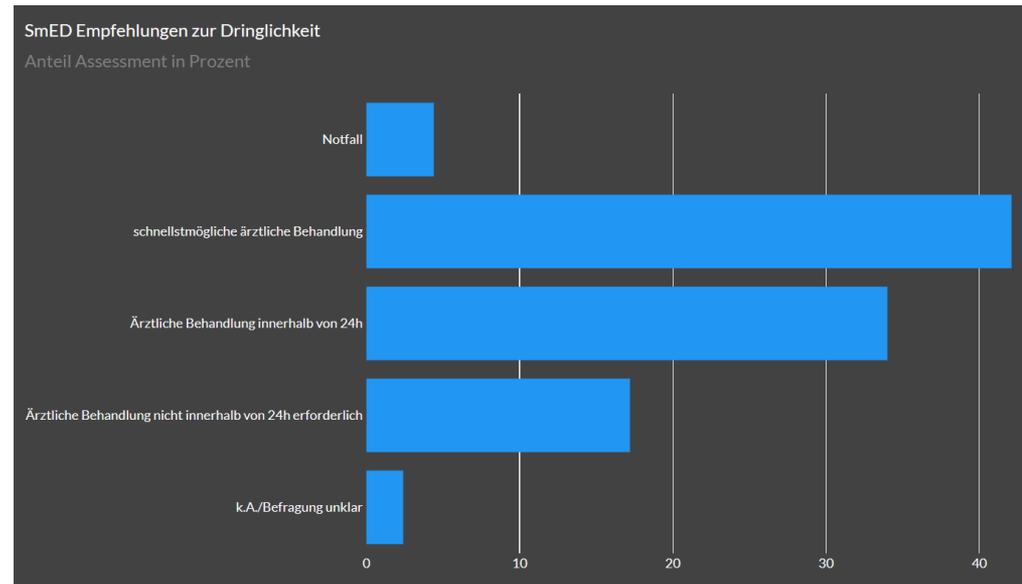
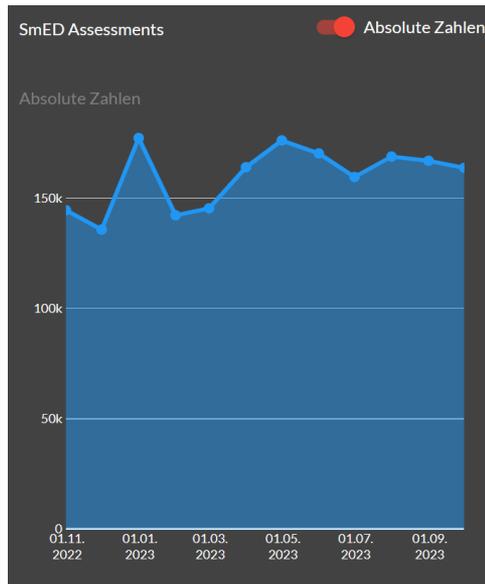
## Die ex ante Perspektive – Gemeinsame Notfalleitstelle





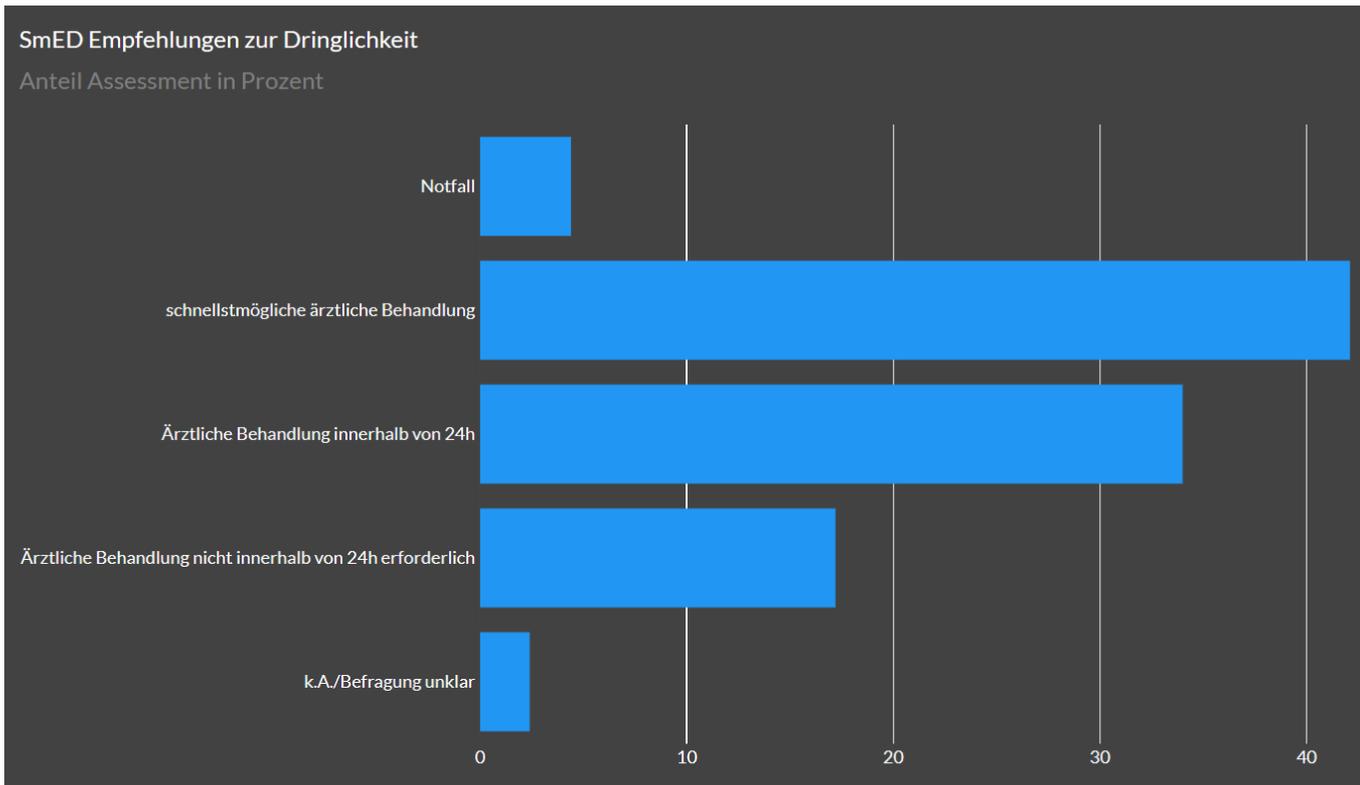
## SmED Ersteinschätzung Dashboard (<https://smed.ziapp.de/>)

- Anrufer 116 117
- Fast 50% Notfall bzw. schnellstmögliche ärztliche Behandlung
- weitere > 30% ärztliche Behandlung innerhalb von 24h





## SmED Ersteinschätzung Dashboard (<https://smed.ziapp.de/>)



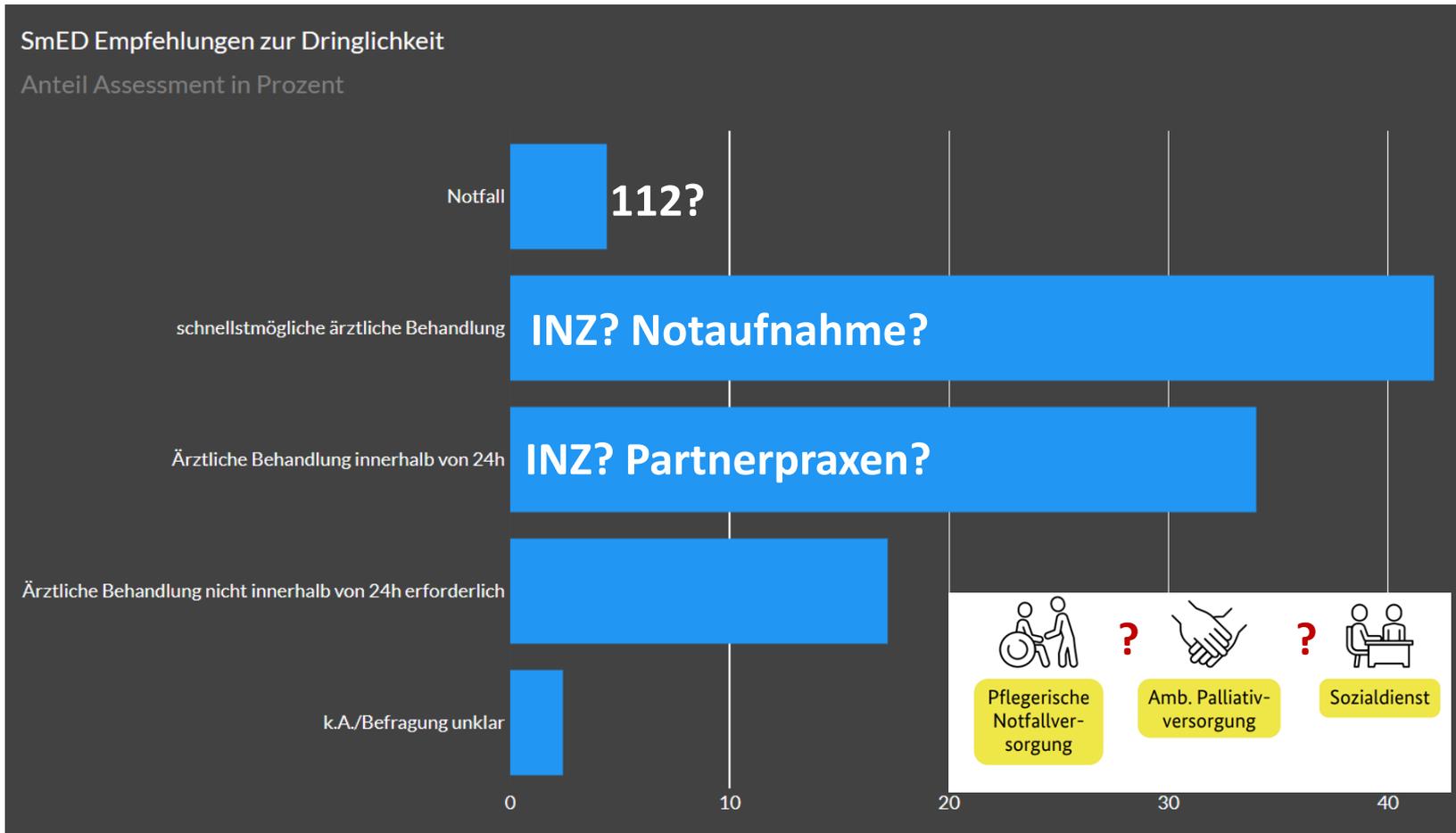
Notfallversorgung?

Akut-Primärversorgung?  
Akut-Facharztversorgung?

Akutversorgung?  
48h oder 72h?



## SmED Ersteinschätzung Dashboard (<https://smed.ziapp.de/>)





## Steuerung durch Gemeinsame Notfalleitstelle

Viele Patientinnen und Patienten, die sehr schnell gesehen werden sollen:

- Wer legt die Disposition fest, gibt es einen Standard?
- Regionale Lösungen erforderlich?

### Regierungskommission 9. Stellungnahme:

*„Die Anforderungen an Struktur-, Prozess- und soweit möglich Ergebnisqualität sowie die Qualifikation des eingesetzten Personals in Leitstellen und der Notfallrettung sollten länderübergreifend vereinheitlicht werden“*





## Steuerung durch Gemeinsame Notfalleitstelle

Steuerung in Notaufnahmen / klinische Notfallmedizin:

- Immer bei Verdacht auf zeitkritische Erkrankung (Sepsis, Herzinfarkt, Lungenembolie, Schlaganfall....)
- bei fachspezifischem akuten Versorgungsbedarf (z.B. Augenverletzung)?
- Bei fehlenden akuten Ressourcen im vertragsärztlichen Sektor?
  
- Aus medizinischer Sicht (ex ante Perspektive): im Zweifel Steuerung in dringlichere Kategorie (ggf. INZ)



## Regierungskommission – Integrierte Notfallzentren

- INZ bestehen aus der Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis im oder direkt am Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („Tresen“)
- Integrierte Notfallzentren (INZ) an allen Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung (Level 2 und 3), wenn erforderlich auch an Krankenhäusern G-BA-Stufe 1 (Level In)
- Erweiterte Öffnungszeiten (24/7 in Level 3)
- Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) aufzubauen
  - Ist das leistbar (Doppelstrukturen / Fachkräftemangel)?
  - Ist das notwendig, wenn mehr (alle) Patient:innen über die GNLS gesteuert werden?
  - Ist das kosteneffizient?

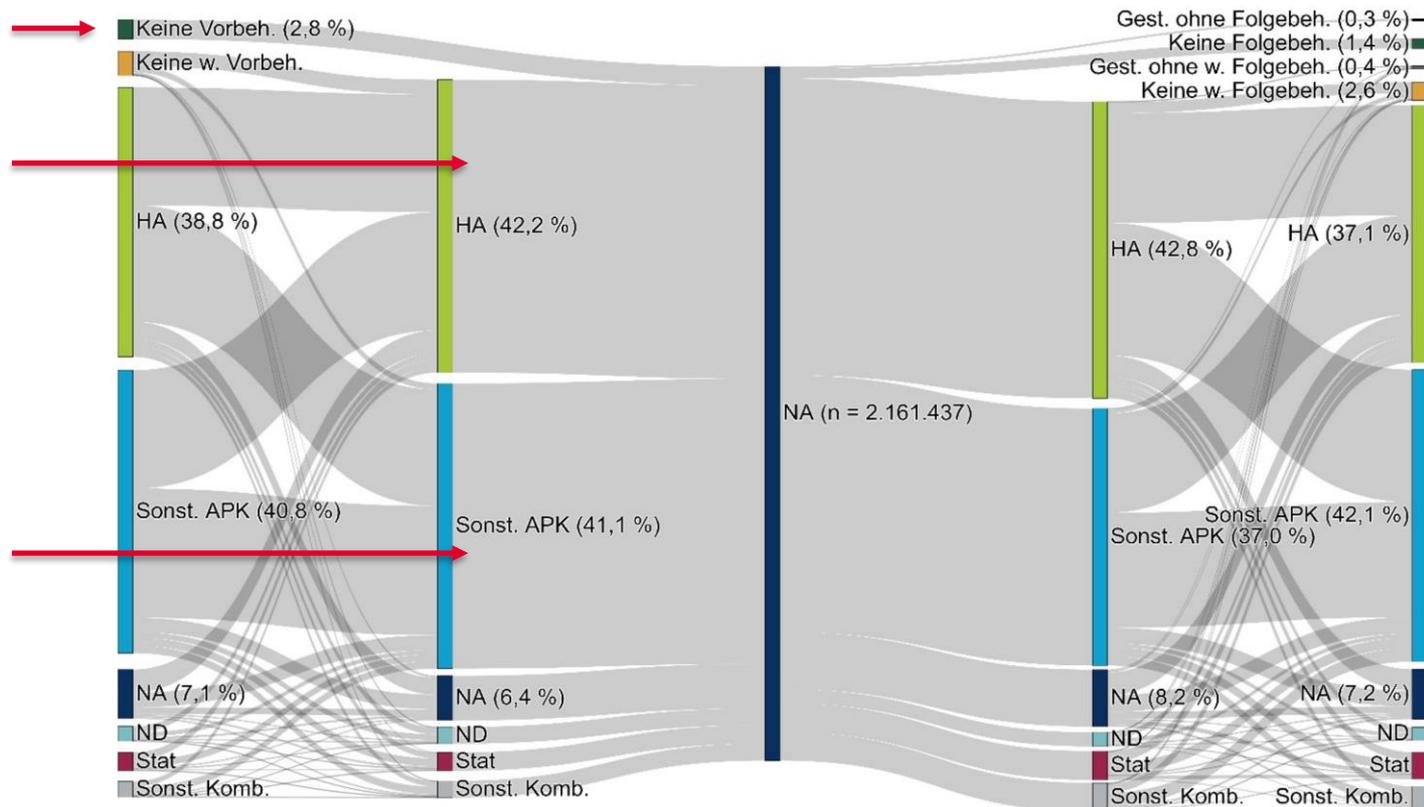


## **Integrierte Akut- und Notfallversorgung – Rolle der Krankenhäuser**

- Die GNLS wird den Notaufnahmen Akut- und Notfallpatienten zuweisen, die auch ambulant verbleiben werden
- Bei fehlender Verpflichtung der Patienten zum Kontakt der GNLS werden Notaufnahmen / INZ auch weiter direkt aufgesucht werden
- Kliniken / Notaufnahmen sind bereits in die Behandlung ambulant verbleibender Patienten mit eingebunden
- Möglichkeit Weiterleitung nach Behandlung über TSS erforderlich
- Vergütung muss geklärt werden
- Effekte der Patientensteuerung müssen überprüft werden



## INDEED - Diagramm der letzten bzw. ersten Arztkontakte 365 Tage vor bzw. nach einer ambulanten Notaufnahmebehandlung (2016)



Legende: HA = Hausarzt, Sonst. APK = sonstiger Arzt-Patienten-Kontakt, NA = Notaufnahme, ND = Notfalldienst, Stat = Stationäre Behandlung, Sonst. Komb. = Sonstige Kombinationen, Keine Vorbeh. = Keine Vorbehandlung, Keine w. Vorbeh. = Keine weitere Vorbehandlung, Keine w. Folgebeh. = Keine weitere Folgebehandlung, Gest. ohne w. Folgebeh. = Gestorben ohne weitere Folgebehandlung, Keine Folgebeh. = Keine Folgebehandlung, Gest. ohne Folgebeh. = Gestorben ohne Folgebehandlung



## Digitalisierung, Datenerhebung und -analyse

- Beispiel INDEED Projekt: Analyse von Patientenströmen sind dringend erforderlich und hilfreich für
  - Effektivität der Steuerung
  - Bedarfsplanung
  - Qualitätssicherung
- Empfehlung Regierungskommission für Bundesweites Register mit Notfall-Daten von Integrierten Leitstellen, KV, Krankenhaus und Rettungsdienst sinnvoll





## Fazit

- Große Überschneidungen zwischen Akut- und Notfallmedizin aus der Ex-ante Sicht
- Eine GNLS wird immer Patient:innen in Krankenhäuser steuern, die am Ende ambulant verbleiben
- Klinische Versorgung im Krankenhaus Bestandteil einer integrierten Akut- und Notfallversorgung
- Gute Datengrundlage muss geschaffen werden
- Derzeit Bund-Länder-AG zur Notfallreform



**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit!**

