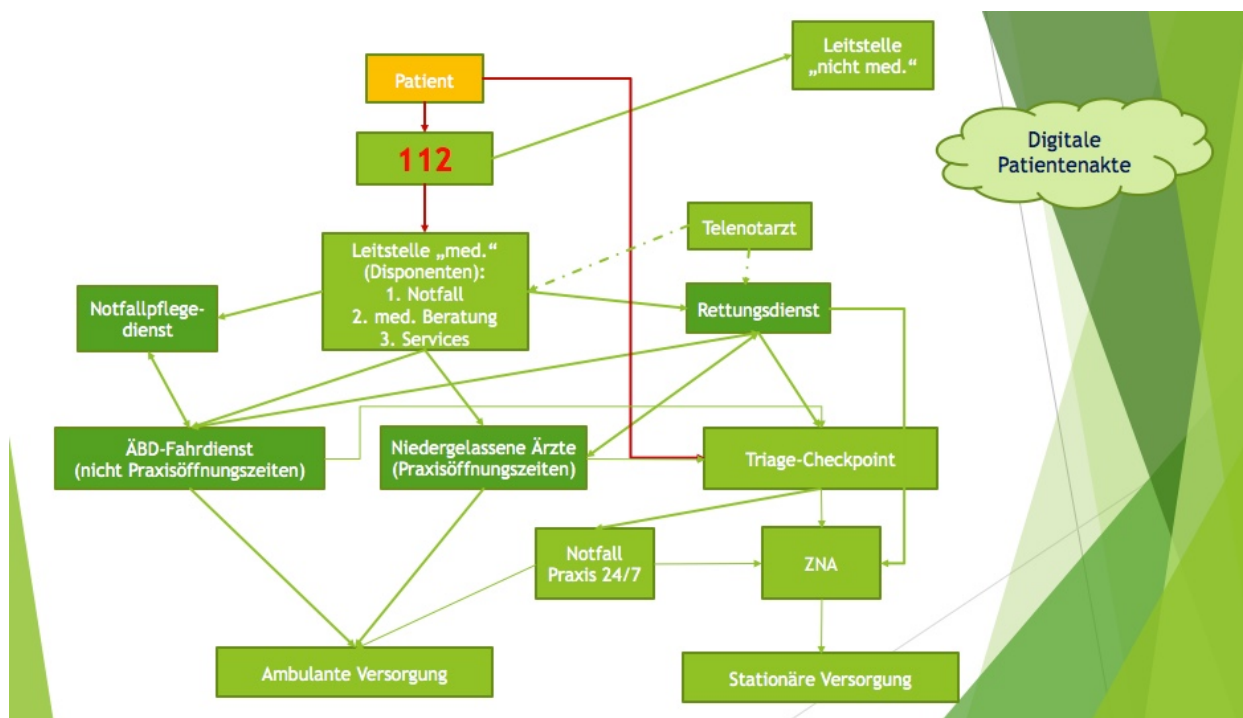


## Think Camp der Stiftung Münch „Baustelle Notfallversorgung“

21. - 23.9.2018 in Frankfurt

Konzept von Janis Bothe, Sebastian Otto,  
Nick Mornhinweg und Marie-Luisa Martini (FantasticFour)

Die Notfallversorgung in Deutschland steht vor der Herausforderung, immer mehr Patienten und ihren Ansprüchen gerecht werden zu müssen. Die Wartezeiten nehmen zu, das Personal ist überlastet und die Unzufriedenheit bei allen Beteiligten steigt. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, haben wir folgenden Ansatz zur Verbesserung der Notfallversorgung erarbeitet:



### Bessere Steuerung der Notfallpatienten

Die bisherigen Nummer 112 und 116117 werden zusammengefasst. Die 112 wird als universelle Nummer für alle Notfälle beibehalten. Dafür entstehen zwei getrennte, aber kommunizierende Leitstellen (medizinisch vs. nicht-medizinisch), auf die der Anrufer je nach Thematik mittels kurzer Abfrage zugeleitet wird. Die neuen, mit Disponenten und ärztlichem Personal besetzten medizinischen Leitstellen werden dadurch zur Anlaufstelle für medizinischen Fragen mit jeder Dringlichkeit.

Dabei ergeben sich drei Aufgabenbereiche:

- Notfallkoordination (z.B. Disponieren von RTW, NEF, ÄBD oder Pflege),
- medizinische Beratung (z.B. Hilfe bei Fragen zu Medikamenten → „Telenotarzt“) und
- Serviceleistungen (z.B. Terminvereinbarung in Notfallpraxis, niedergelassene Ärzte).

Die Patienten werden gezielt und bedarfsgerecht weitervermittelt.

### Stärkung des Rettungsdienstes

Der Rettungsdienst soll Teil des SGB V werden. Für ihn sollen bundesweit einheitliche Standards (SOP, Ausbildung, Finanzierung, Kompetenzen) durchgesetzt werden. Derzeit bestehende Fehlreize für (z.T. unnötige) Transporte ins Krankenhaus sollen reduziert werden: Finanzierungsstandards für Vorhaltung und Leerfahrten, Vergütung und Möglichkeit der ambulanten Behandlung.

### Telenotarzt

Erfahrene (Not-) Ärzte mit zusätzlicher Qualifikation als Telenotarzt besetzen die medizinischen Leitstellen. Dorthin können in Echtzeit Vitalparameter, Bild und Ton aus dem Einsatzgeschehen des Rettungsdienstes vor Ort übertragen werden. Diese unterstützen die leitliniengerechte Anamnese, Diagnosestellung und Therapie vor Ort. Voraussetzungen hierfür sind

- eine adäquate technische Ausstattung der RTW, Leitstellen und Mitarbeiter und
- eine lückenlose (Funk-)Netzabdeckung.

Von der Einführung des Telenotarztes erwarten wir

- einen Rückgang der Notarzteinsätze und damit einem geringeren Bedarf an Notärzten,
- bessere Delegierbarkeit ärztlicher Aufgaben an medizinisches Fachpersonal und
- einen Rückgang an Rettungsdiensteinsätzen allgemein, da jederzeit auf einen beratenden Mediziner zurückgegriffen werden kann (in der Notfallkoordination und der medizinischen Beratung).

### Digitale Patientenakte

Die digitale Patientenakte soll Effizienz und Patientensicherheit erhöhen, indem Patientendaten, Befunde und Diagnosen für Behandler digital abrufbar werden. Voraussetzung ist die Zustimmung des Patienten, die Schaffung von digitaler Infrastruktur (Standardisierung, Zertifizierung, geeignete Krankenhausinformationssysteme) und rechtlicher Grundlagen dafür. Denkbar ist hier eine zentrale, verschlüsselte Speicherung und die eGK des Patienten mit „Schlüsselfunktion“.

**Digitaler Notfallausweis:** Speicherung der wichtigsten Informationen direkt auf der eGK (Medikation, Allergien, relevante Diagnosen). Diese können im Notfall unverschlüsselt ausgelesen werden.

### Triage-Checkpoint vor den Zentralen Notaufnahmen

Hier werden alle Patienten, die selbstständig die Notaufnahme aufsuchen, und Patienten des Rettungsdienstes durch speziell geschultes Personal nach Dringlichkeit der weiteren Behandlung eingeschätzt. Dies geschieht mittels etabliertem Abfragealgorithmus in Kombination mit technischer Unterstützung (Check der Vitalzeichen, elektronischer Notfallpass). Zudem werden hier die Patientendaten der ePA digital erfasst. Fehltriagierung soll dadurch vermieden werden.

**Akut erkrankte, aber nicht dringliche Notfallpatienten** werden an die angegliederte **Notfallpraxis** verwiesen. Hierbei handelt es sich um eine (Haus-)Arztpraxis der KV, die von einem oder mehreren Ärzten (geteilter KV-Sitz) betrieben wird. Anreize für die Niederlassung in einer Notfall-Praxis wären z.B.

- überdurchschnittliche Vergütung,
- Möglichkeit der Mitarbeit in der ZNA (z.B. in Oberarztfunktion),
- flexibles Arbeitszeitmodell,
- Mitnutzung der klinischen Infrastruktur (z.B. Labor vor Ort) und
- Aus-/Weiterbildungsmöglichkeit an der angeschlossenen Klinik.

Außerhalb der regulären Öffnungszeiten erfolgt die Besetzung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD). Durch die Leitstelle angemeldete Patienten werden zeitlich vorrangig behandelt (→ Leitstelle soll dauerhaft erster Kontaktpunkt zur Notfallversorgung werden).

**Akut erkrankte, dringliche Notfallpatienten** werden der **Zentralen Notaufnahme (ZNA)** zugewiesen. Diese arbeitet interdisziplinär, jedoch als eigene Abteilung mit einem Arzt in leitender Position. Die ZNA ist telemedizinisch mit den Leitstellen und dem Rettungsdienst vernetzt. Es gelten einheitliche Mindeststandards für Personal, Räumlichkeiten und Infrastruktur.

### Prävention von Notsituationen

Um der zunehmenden Inanspruchnahme der Notfallversorgung allgemein entgegenzuwirken, möchten wir die Ausbildung der eigenen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung fördern. Dazu gehört:

- Aufklärung über die Strukturen des Gesundheitssystems und deren Nutzung,
- Ausbau der Laienhilfe (Erste Hilfe, First Responder im ländlichen Gebiet, etc.),
- Unterstützung chronisch erkrankter und alter Menschen (z.B. durch Telemedizin) und
- Gesundheitserziehung (Ernährung, Hilfe zur Selbsthilfe, soziale Unterstützung, etc.).