



RoMed
Kliniken



Jubiläumstagung 50 Jahre **Zi**

Praktische Erfahrungen mit der Patientensteuerung in Notaufnahmen und im Rettungsdienst

Aktueller Stand und Perspektiven

M. Bayeff-Filloff



RoMed
Kliniken



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
r und werden ...von einem großen Spektrum Hilfesuchender in Anspruch
genommen

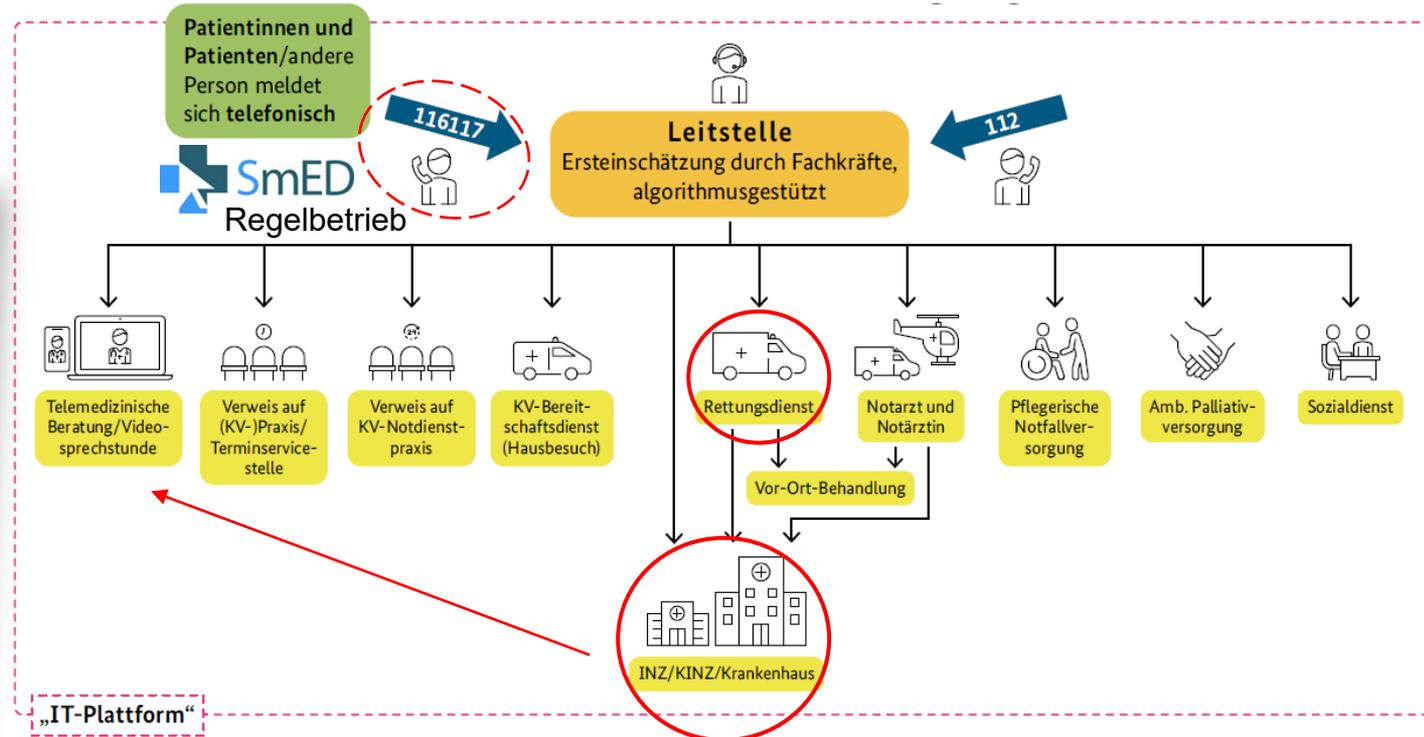
→ ... Hilfesuchenden definieren für sich selbst den Notfall und befinden
sich in der Regel in einer persönlichen Ausnahmesituation.

r ...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.

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) ...



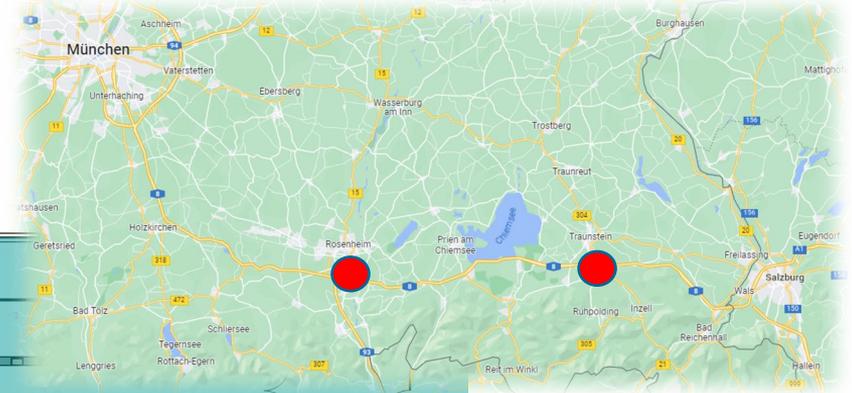
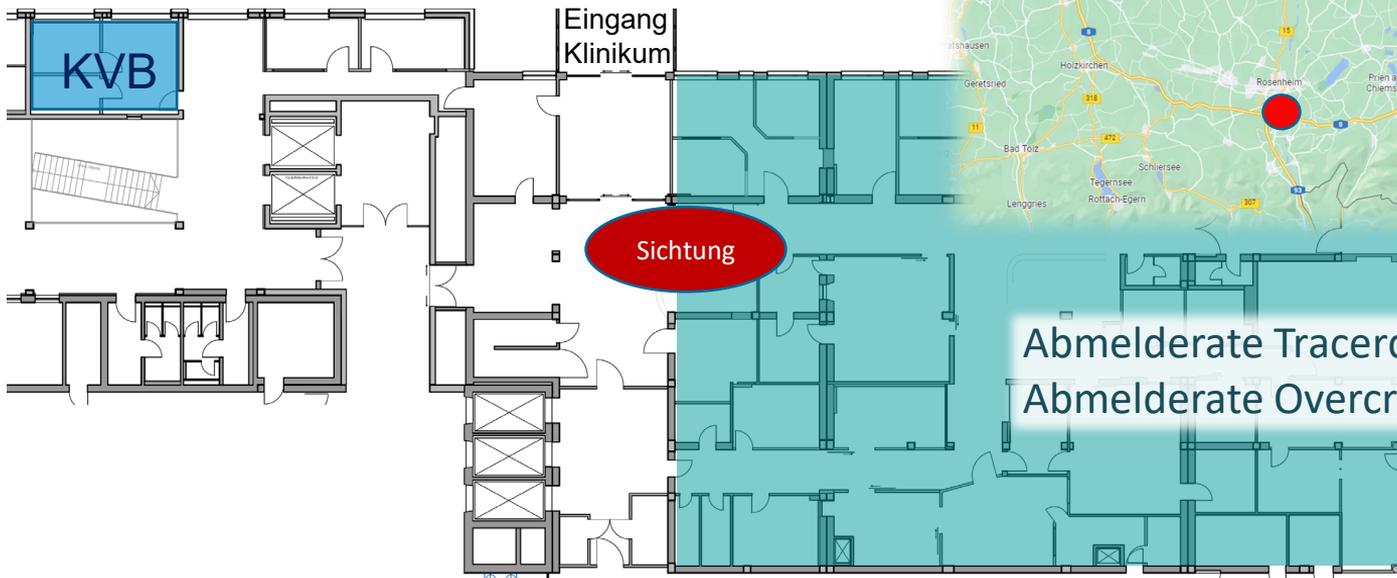
Ausgangslage Patient



Der Anspruch als Notfall versorgt zu werden ist verständlich

Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim

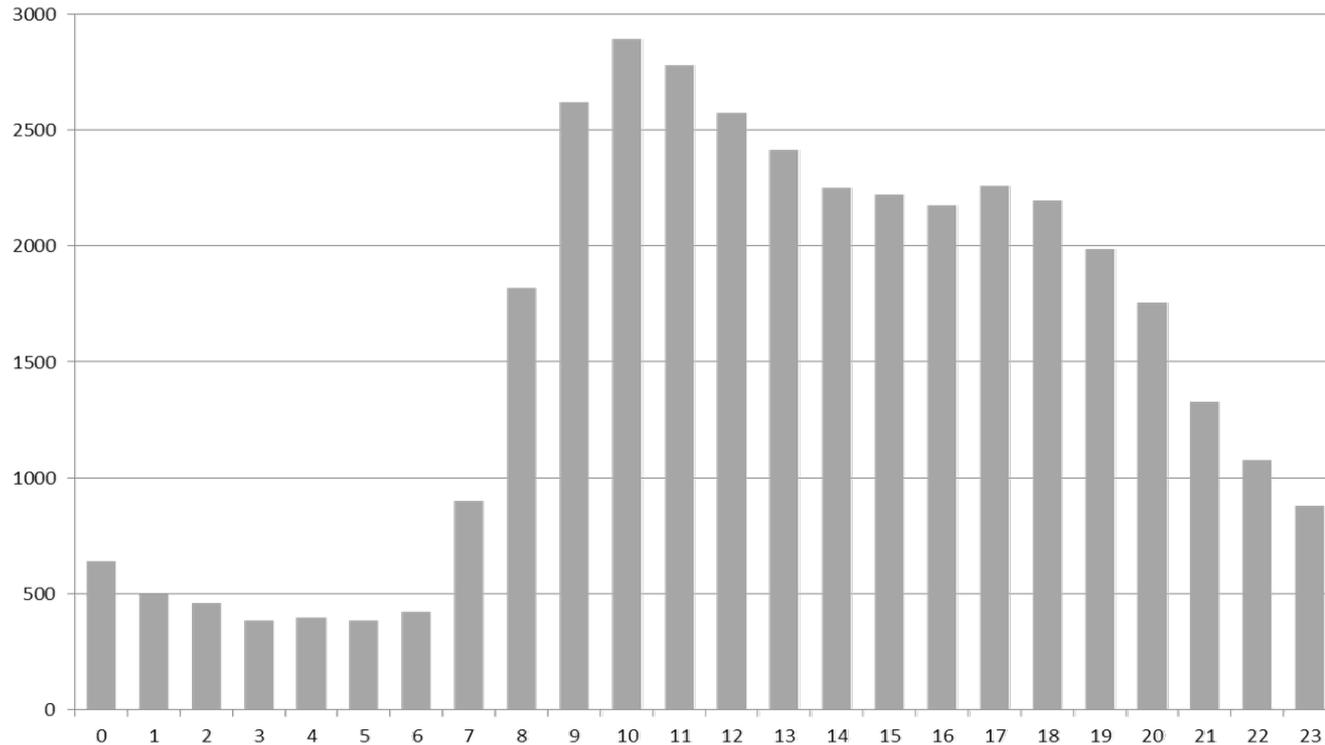
- „Umfassende Notfallversorgung“ nach G-BA ~ 35.000 triagierte erwachsene Patienten ohne Gynäkologie
- 21 Behandlungsplätze, 2 Schockräume, CT
- KVB Bereitschaftspraxis in Nachbarräumen



Abmelderate Tracerdiagnosen 0,26 %
Abmelderate Overcrowding 26 %

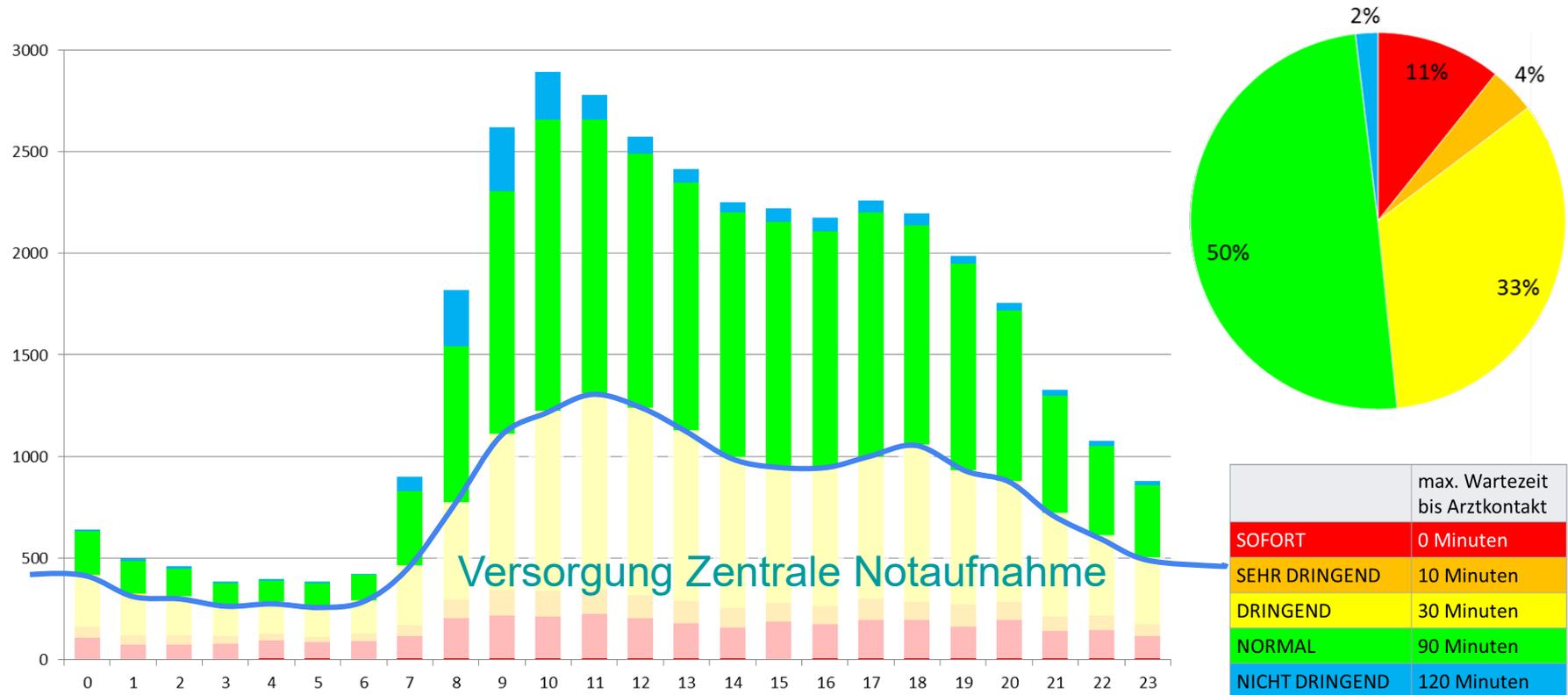
Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim

Tagesverlauf der ankommenden Patienten im Jahr 2022: N = 33.889 00:00 bis 24:00 Uhr



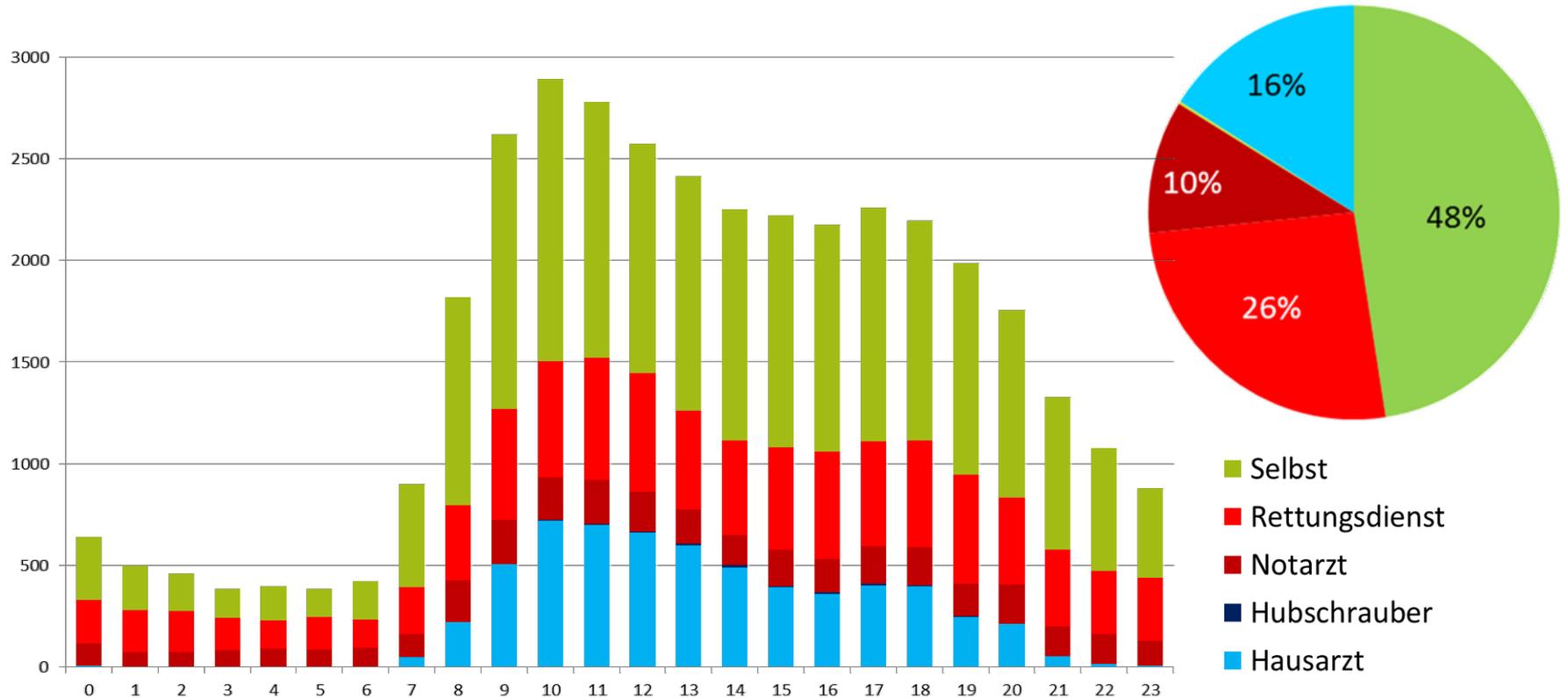
Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim

Tagesverlauf der Ersteinschätzungsgruppen im Jahr 2022: N = 33.889 00:00 bis 24:00 Uhr



Ausgangslage RoMed Klinikum Rosenheim

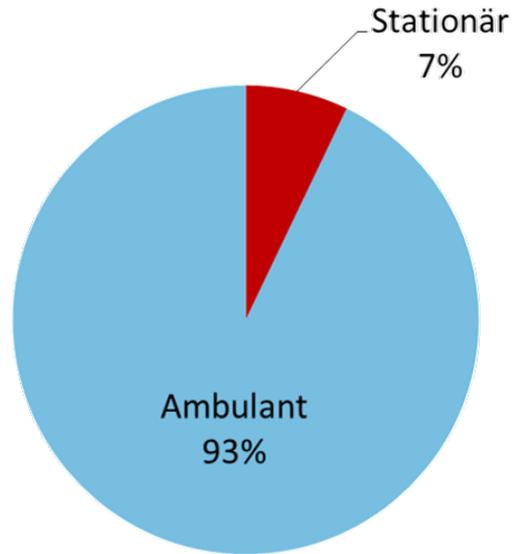
Tagesverlauf der Zuweisung im Jahr 2022: N = 33.889 00:00 bis 24:00 Uhr



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 „NIEDRIGSCHWELIG HILFESUCHENDE“ gehen selbstständig in die Notaufnahme
Viele Patienten werden ambulant versorgt

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



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

 **SmED Kontakt+**

2

Ordnet Patienten Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung zu



1

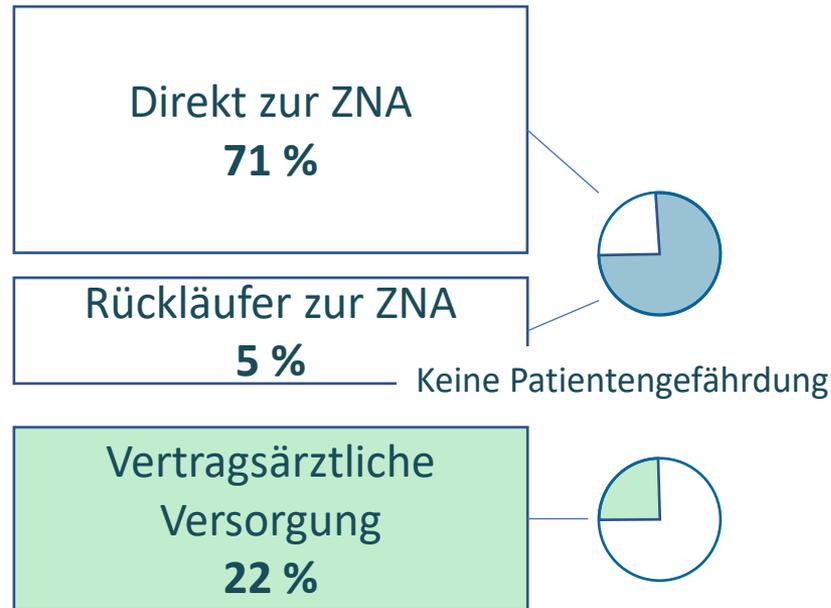
Manchester Triage System

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

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

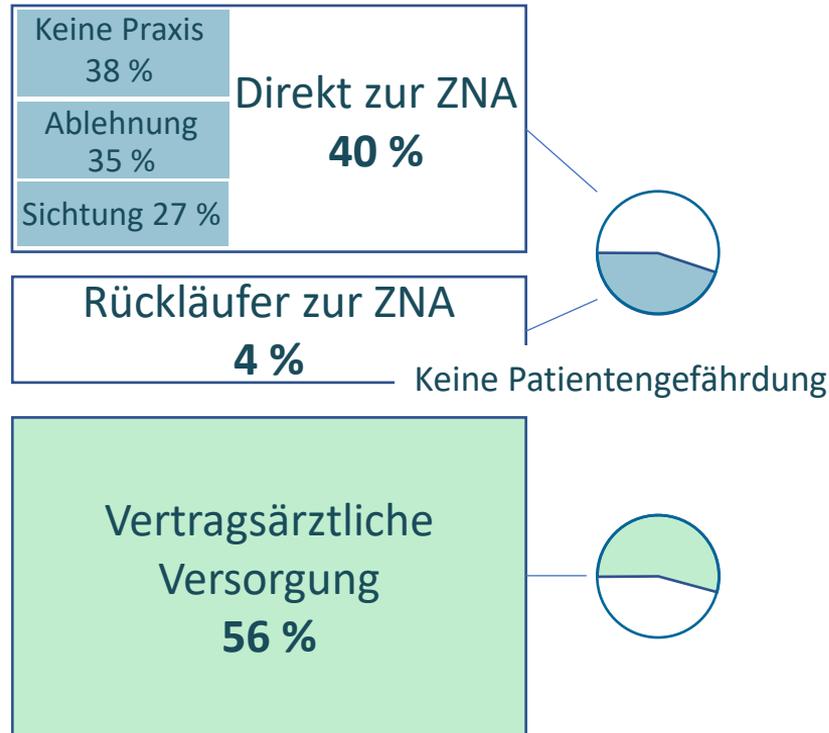
1/4 der Patienten kann vornehmlich in die Bereitschaftspraxis vermittelt werden N = 1.724



Für die Studie galt Arztvorbehalt vor Weiterleitung.

Zufallsbefund: **Medicolegal eingesetzte Teleärzte der KVB bearbeiten viele Hilfsersuchen abschließend**

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



Änderungsantrag der Regierungsfractionen 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,
2. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,
3. 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. Juli 2023 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) beschlossen:

I. 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)

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

Beanstandung BMG
12. September 2023

n Hilfesuchenden

in Zuständigkeitsgebiet sich das
n weitere Maßnahmen bei der nach
Absatz 3 empfohlenen Weiterleitung
Kooperationen (z. B. Partnerpraxen,
des Krankenhausstandortes). Darüber
sprechstunde oder eine telefonische
nten Arzt oder eine benannte Ärztin

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



Pressemitteilung

20.08.2023

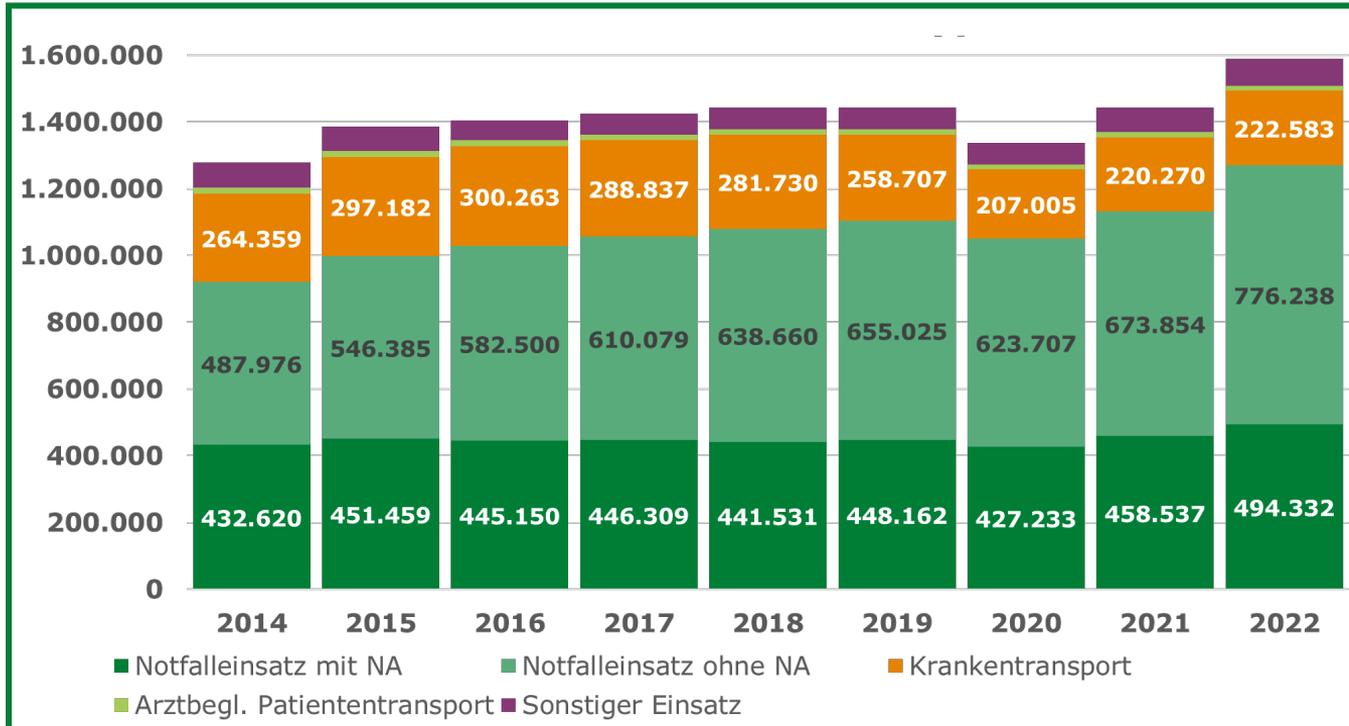
Nr. 270/GP

[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



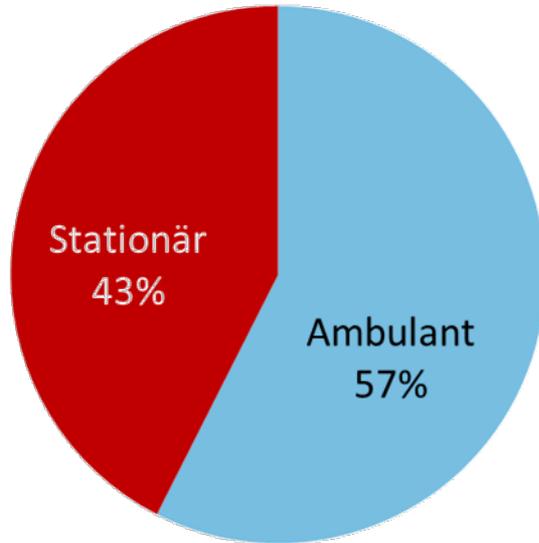
Einsatzentwicklung Rettungswagen in Bayern 2014 - 2022





Ausgangslage Einweisung **Rettungsdienst** RoMed Klinikum Rosenheim 2022
N = 12.356, 36% aller Patienten N = 33.889

MTS Gruppen **GRÜN und BLAU** N = 2.923, 23% der Rettungsdienstpatienten



Ambulant geblieben 57%, 5 % aller Patienten

Originalien

Med Klin Intensivmed Notfmed 2022 · 117:447–456

<https://doi.org/10.1007/s00063-021-00860-x>

Eingegangen: 9. März 2021

Überarbeitet: 17. Mai 2021

Angenommen: 3. Juli 2021

Online publiziert: 1. September 2021

© Der/die Autor(en) 2021, korrigierte Publikation
2021

Redaktion

Michael Buerke, Siegen



Mit dem Rettungsdienst direkt in die Arztpraxis – eine wirkungsvolle Entlastung der Notaufnahmen?

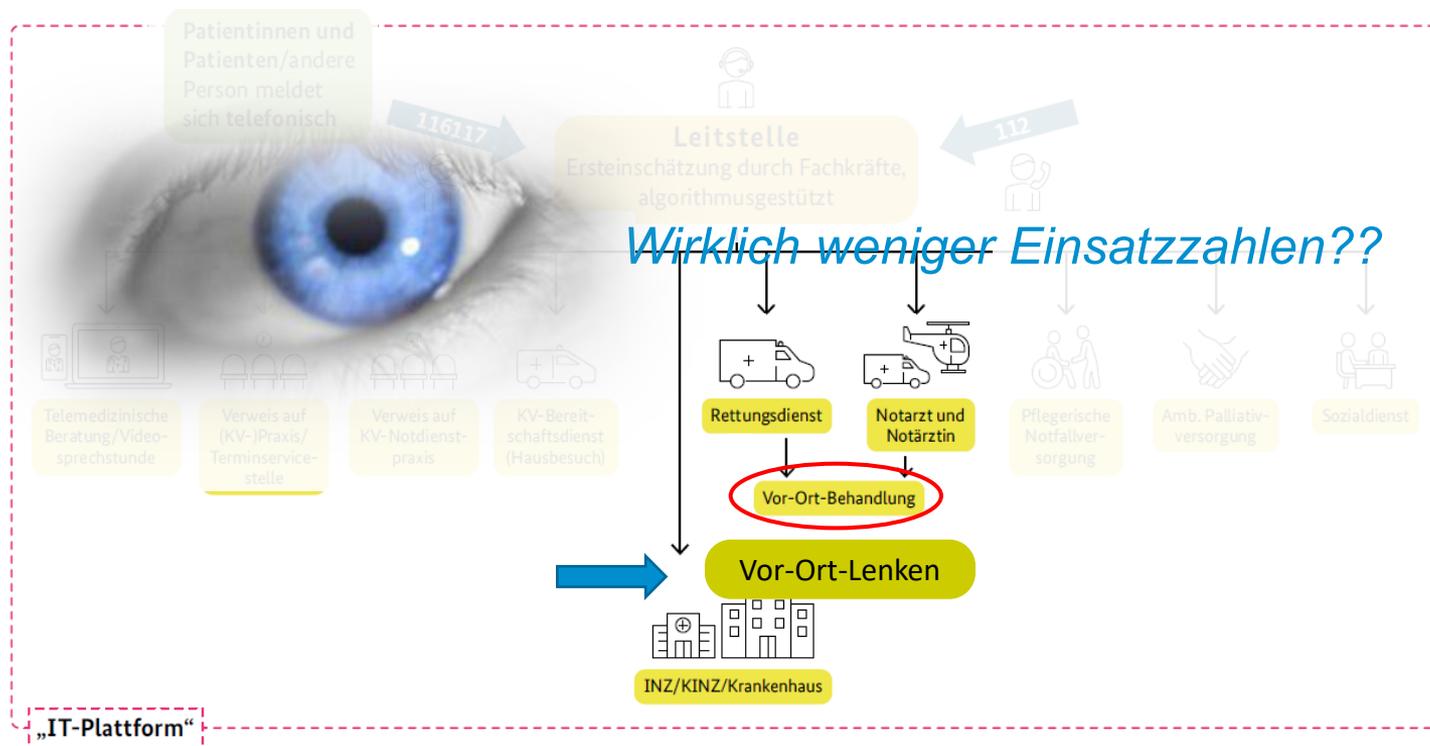
Analyse von notfallmedizinischen Routinedaten aus
Prälinik und Klinik

Tobias Lindner¹ · Alessandro Camplone² · Martin Möckel¹ · Cornelia Henschke² ·
Janosch Dahmen^{3,4} · Anna Slagman¹

¹Notfall- und Akutmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Virchow-Klinikum und Campus Mitte, Berlin, Deutschland; ²Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, Berlin, Deutschland; ³Fakultät für Gesundheit, Department Humanmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland; ⁴Ärztliche Leitung Rettungsdienst, Berliner Feuerwehr, Berlin, Deutschland

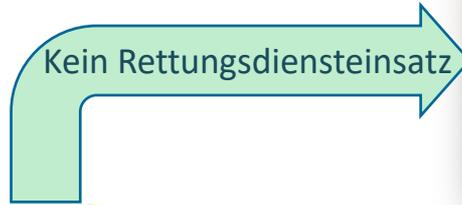
- Praxistaugliche Gruppe 12,8 % der Rettungsdienstpatienten
- Präklinische Ersteinschätzung der Dringlichkeit divers zur Klinik
- Entlastung einer universitären Notaufnahme nur ca. 1% der Gesamtbehandlungszahl

Ausgangslage Rettungsdienst Bayern



Zwischenergebnisse Einsatz von SmED im Rettungsdienst Bayern Stadt/Land Pilotstudie Rettungseinsatzfahrzeug (REF) in Bayern „sogenannte RD 0 Einsätze“

REF ohne Transportmöglichkeit



Kompetenzniveau
des NotSans

1



2



116 117

DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.

Der ärztliche
Notrufdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen

Rettungsdienst Klinik
Standort Stadt
25 %

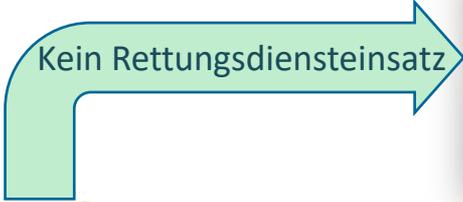


Ambulanter Sektor
Standort Stadt
75 %



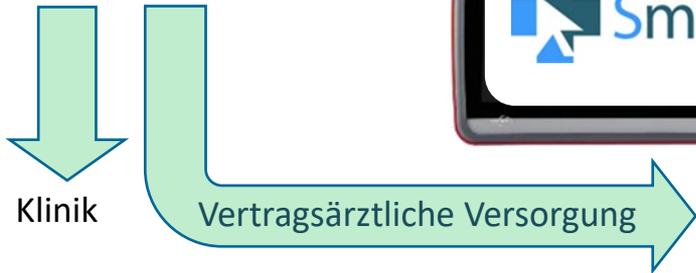
Geplante Machbarkeitsstudie für den Einsatz von SmED auf den Rettungswagen in Bayern, mit Weiterleitung der Hilfesuchenden mittels IVENA eHealth und dem eTerminservice in vertragsärztliche Versorgung

Rettungswagen



116 117
DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen



Klinik

Vertragsärztliche Versorgung

Hotfixsystem IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

melden | **Regelversorgung** | Alarmierungen | Downloads | Kennwort ändern | Meine Nachrichten | Meine Einstellungen

Einweisungen:
 weisungen anzeigen
 ikenhaus-Auswahl für
PZC 323 55 3 (Hypotonie, 55 Jahre, Ambulante Versorgung)
 iberichtssteuernde Kriterien
 Intensivpflichtig Reanimiert Beatmet Ansteckungsfähig
 Fachlich einschränkende Kriterien
 Schockraum Herzkatheter Arbeitsunfall Schwanger Freiheitsentzug
 Art der Einrichtung
 Klinik Praxis

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ABD-KV)		11.00	12.00	13.00	14.00	15.00
_Praxis Frau Dr. Hauck-Schwebe Frankfurt (Allgemeinmedizin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		
_Praxis Frau Dr. Wanserski Frankfurt (Allgemeinmedizin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		

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



Quelle Internet

50 Jahre **Zi**
ad multos annos