

Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



Verbesserungspotenziale für die Prozesse in der Notfallversorgung in Deutschland

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Möckel, FESC, FAHA

Professor für kardiovaskuläre Prozessforschung
Ärztlicher Leiter

Notfall- und Akutmedizin, ZNA mit Aufnahmestationen und CPU
Sprecher der Charité Plattform Versorgungsforschung
(<https://versorgungsforschung.charite.de/>)
Campus Virchow-Klinikum und Campus Charité Mitte



Agenda

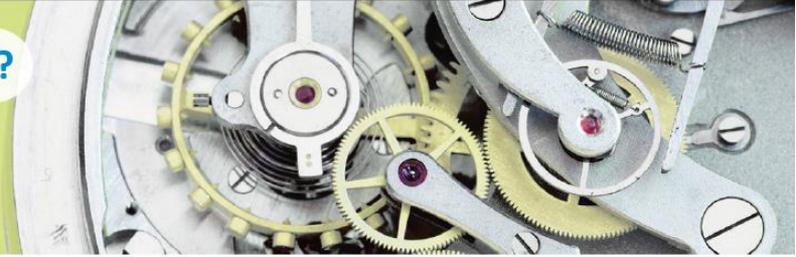
- Ausgangslage: Die überfüllte Notaufnahme
- Mögliche Ursachen
- Perspektive und Motive der Patienten
- Kompetenz der Notfallpflege
- Ambulant versus stationär
- Digitalisierung (IVENA & mehr)
- Kein Wort zur Triage 😊



Ausgangslage: Die überfüllte Notaufnahme

- Die Notaufnahme ist „überfüllt“, weil
 - Patienten spontan mit akuten Symptomen die Notaufnahme aufsuchen
 - Patienten zunehmend multimorbide und schwerer krank sind
 - Die Notaufnahmen personell, technisch und räumlich den aktuellen Anforderungen nicht mehr gerecht werden, da die ambulanten Fälle unterfinanziert sind
 - Die akute stationäre Aufnahme von allgemeinen Notfällen im Krankenhaus insbesondere bei Multimorbidität, höherem Alter, Demenz und Besiedlung mit MRE massiv erschwert ist („exit block“)
- Überfüllung in der Notaufnahme kann aber muss nicht wie der Bahnsteig nach Einlaufen eines ausgebuchten ICE aussehen; es ist im Wesentlichen die Diskrepanz zwischen verfügbaren Ressourcen und Anzahl der hilfesuchenden Patienten

Also, ich finde, das größte Problem ist eigentlich der Abfluss auf die Stationen letztendlich, weil die auch total überfüllt sind, ihre geplanten Aufnahmen haben und dann einfach viel zu wenig freie Betten für die Aufnahme, für Notfallpatienten zur Verfügung stehen



Die überfüllte Notaufnahme: Die Hypothese der Fehlsteuerung

- Eine Hypothese lautet, dass ambulante Notaufnahmepatienten eigentlich beim niedergelassenen Arzt zu versorgen wären und auch versorgt werden könnten
- Diese Position ist weder belegt noch kapazitär durchgerechnet:
Wo findet ein Patient in der Akutsituation Hilfe?
- Wie viele Patienten sind wirklich in der Notaufnahme und haben keinen akutmedizinischen Behandlungsbedarf?

~~KERNAUSSAGEN~~

- ~~• Mehr als die Hälfte der Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchten, bewerteten die Dringlichkeit ihrer ärztlichen Behandlung als niedrig und fallen damit nicht unter die Definition eines Notfalls.~~
- Scherer et al. 2017: Diese „Kernaussage“ ist falsch

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



Die überfüllte Notaufnahme: Die Hypothese der Fehlsteuerung

- Möckel et al. 2018: In dem Artikel von Scherer et al. bewerteten **nur 9,6%** der Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchten, die Dringlichkeit ihrer ärztlichen Behandlung als niedrig!
- Scherer et al. 2017: Gründe für das Aufsuchen der ZNA bei niedriger subjektiver Dringlichkeit

GRAFIK 3

p	1/OR	β		
< 0,001	2,18	-0,78		Diagnose: Trauma am Bewegungsapparat
< 0,001	2,15	-0,77		Diagnose: Organsystem Haut
0,003	1,70	-0,53		Grund: hausärztliche Versorgung, keine geöffnete Hausarztpraxis verfügbar

Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



Fallvignette Notaufnahme

- 44jähriger Mann, häuslicher Sturz auf die Schulter, starke Schmerzen
- Vorstellung in Begleitung der Nachbarin mit dem privaten PKW („Selbsteinweiser“)
- Ersteinschätzung, Ärztliche Untersuchung, Röntgenbild der Schulter (Ausschluss Fraktur), Schmerztherapie und Ruhigstellung; Verweis an niedergelassenen Kollegen zur weiteren Diagnostik (MRT) und Verlaufsbeurteilung
- Entlassung 1h 37min nach Aufnahme
- „Ambulanter“ Fall
- Primäre Versorgungsoptionen beim niedergelassenen Arzt?



Fallvignette Notaufnahme (Fortsetzung)

- 3 Tage später ambulantes MRT
- 5 Tage später Vorstellung beim niedergelassenen Orthopäden: Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur mit (elektiver) OP-Indikation
- Alles gut?
- Patientenperspektive: Beschwerde
- *„(...) frage ich mich, warum die MRT Untersuchung nicht bereits bei Vorstellung in der Notaufnahme erfolgte. Dann wäre die Verletzung umgehend erkannt worden (...)“*
- *„Meiner Einschätzung nach handelt es sich um eine Fehlentscheidung, die zu einer Verlängerung der Leidenszeit (...) geführt hat.“*
- *„Ich halte dieses Versäumnis für strafrechtlich (!) relevant und bitte um Stellungnahme.“*



Patientensicht Notaufnahme

- Aus Patientensicht gehört die Notaufnahme faktisch längst zur Daseinsvorsorge und wird selbstverständlich für alle Behandlungsanlässe in Anspruch genommen, die als dringlich empfunden werden bzw. für die es keine einfach erreichbare Alternative gibt
- Schmiedhofer et al. 2017
Bedeutung der Notaufnahme für die ambulante medizinische Versorgung in einer ruralen Region in Sachsen-Anhalt: Qualitative Befragung von Patienten und Hausärzten

Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



Bedeutung der Notaufnahme für die Versorgung

Patienten

Zeitautonomie:
Priorität Erwerbsarbeit
Vor Arztbesuch

Höherwertige
Medizinische Versorgung

„Röntgen“
Besorgnis
Substitution
Spezialärztlicher
Versorgung

Weiterleitung
Vom Hausarzt

Jederzeitiger Zugang



Ambulante Versorgung
auf Krankenhaus-
niveau

Ungeduld
„24/7-Verführung“

Besorgnisse und Ängste
Gestiegener Anspruch
an Diagnostik

Abwertung
Hausärztlicher Tätigkeit
Spezialärztemangel

Verweis bei diagnostischer
Unklarheit

Ärzte

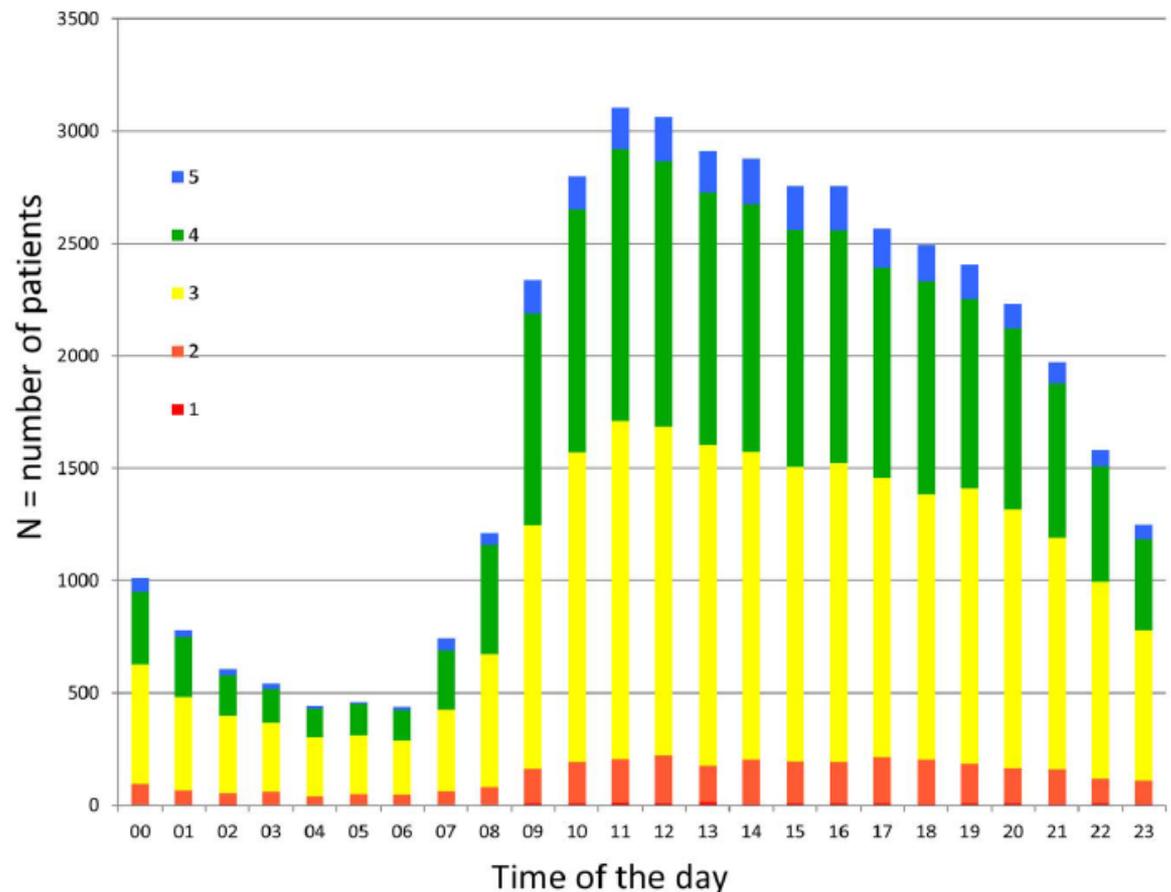
Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



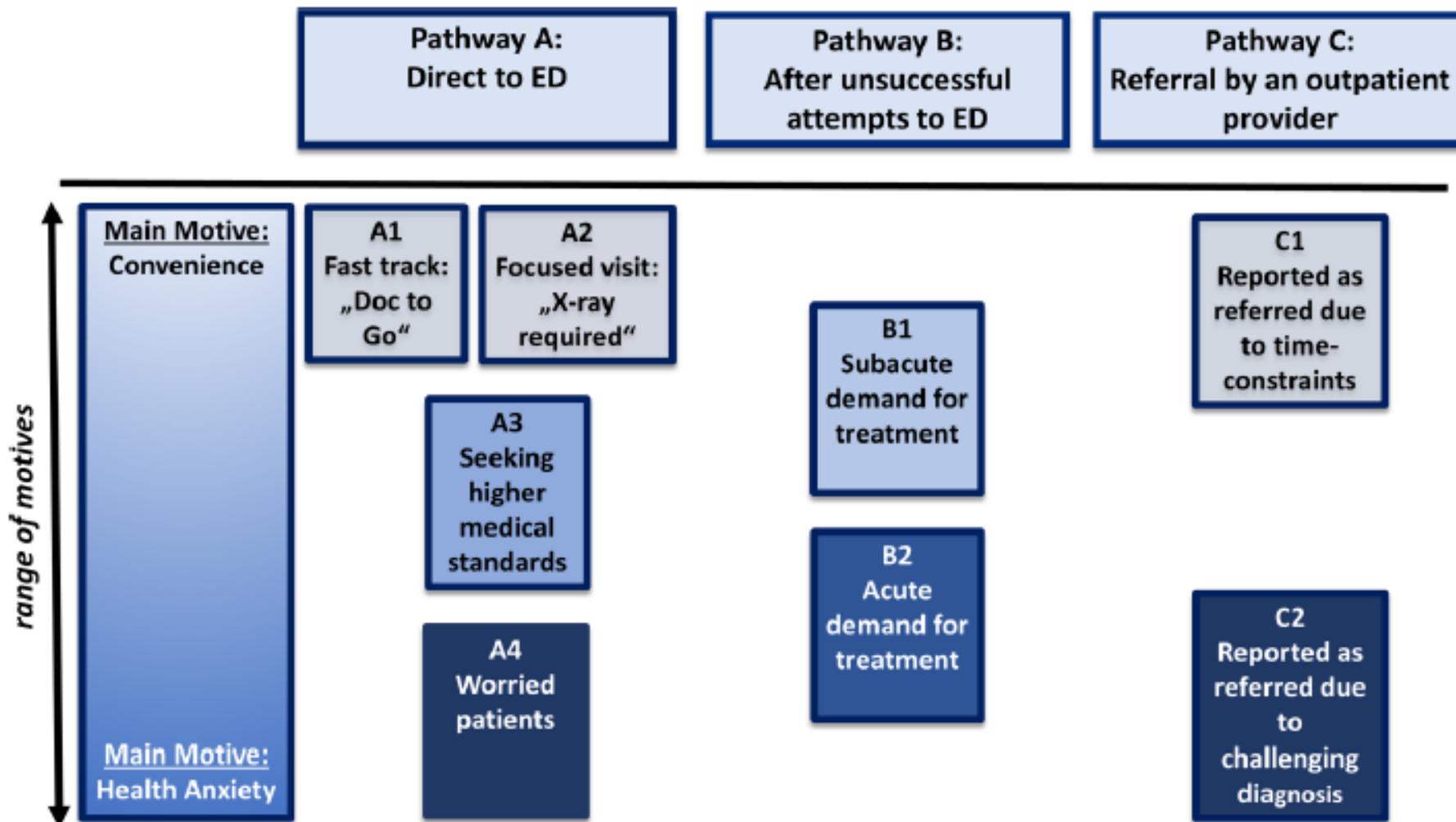
Figure 1 Daily curves for patient visits to the ED for urban study sites I and II. The different colours reflect the triage categories assigned to the ED patients as used in the Manchester Triage System (MTS): 1 (red): immediately (only a few patients in category 1 were discharged after ambulant treatment, eg, with eye injury or presenting with strong pain); 2 (orange): very urgent (10 min); 3 (yellow): urgent (30 min); 4 (green): normal demand (90 min); 5 (blue): non-urgent demand (120 min). ED, emergency department.

Daily curve N=43.323 outpatients in MTS-categories Jan 2014 – Dec 2014
Urban region, Site I and II



Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?

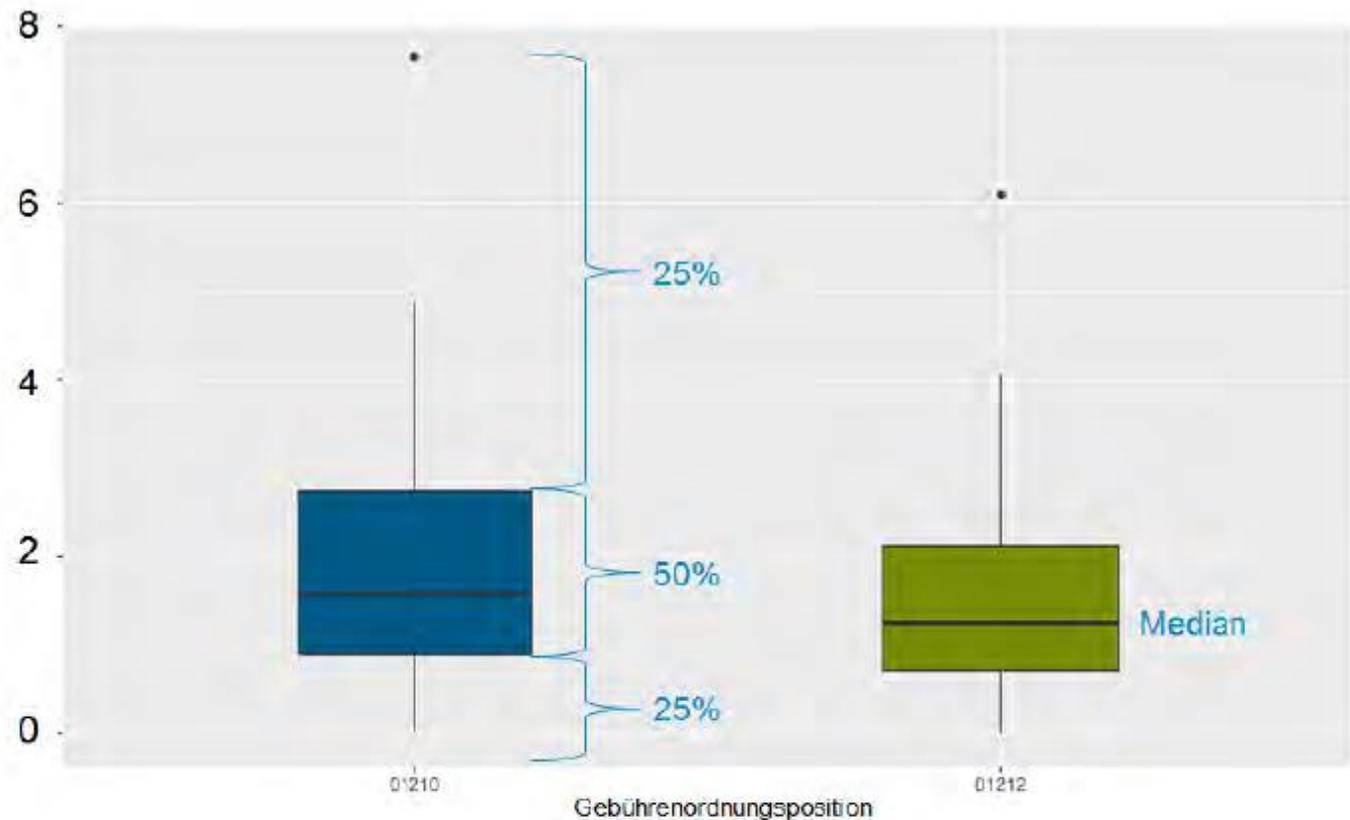


Sicht aus
Abrechnungs-
daten der KV:
Nur gesetzlich
versicherte,
ambulant
abgerechnete
Fälle

Nicht: Stationäre
Fälle; ambulante
Selbstzahler,
Unversicherte,
PKV, BG...

Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl ambulant behandelter Notfälle je Stunde an Berliner Krankenhäusern

Anzahl der von Krankenhäusern je Stunde abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) 01210 (Mo-Fr 7-19 Uhr) und 01212 (Mo-Fr 19-7Uhr, sowie ganztägig an Sa, So & Feiertagen)



Quelle: Darstellung Zi, Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin für das 1. HJ 2016

Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



Qualifizierte Pflege

19. August 2016

Weiterbildung für Notfallpflege staatlich anerkannt

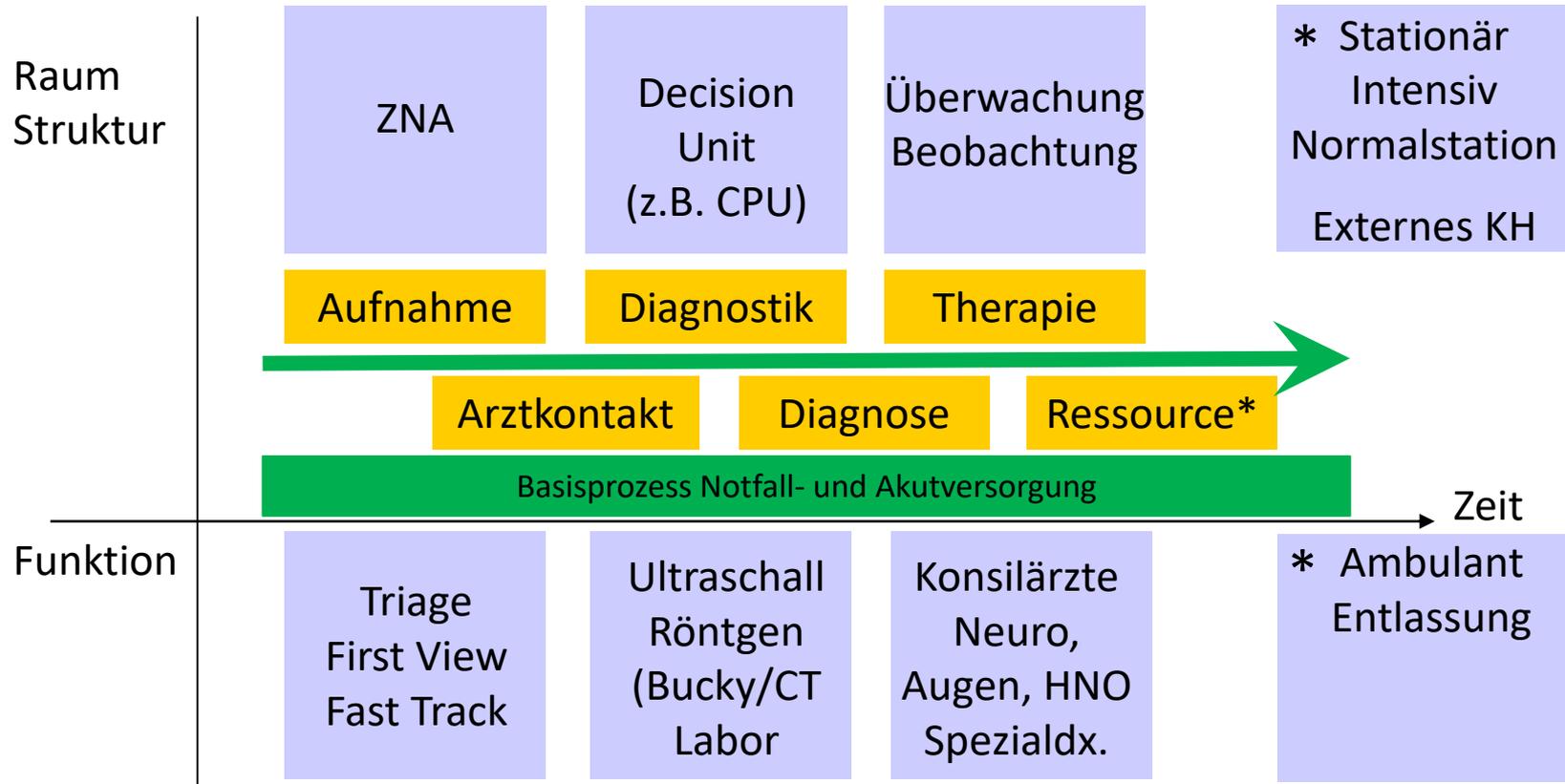
Die Notaufnahmen in Deutschland sind 365 Tage im Jahr rund um die Uhr Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheits- und Verletzungsbildern. Eine spezielle Weiterbildung der Charité – Universitätsmedizin Berlin bereitet Pflegekräfte noch besser auf die wenig planbaren Anforderungen vor. Die deutschlandweit einzigartige Fachweiterbildung ist jetzt staatlich anerkannt.

Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



Wie funktioniert die zentrale Notaufnahme (ZNA)?



Die Entscheidung „ambulant“ versus „stationär“ steht erst am Ende des Notaufnahmeprozesses

Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



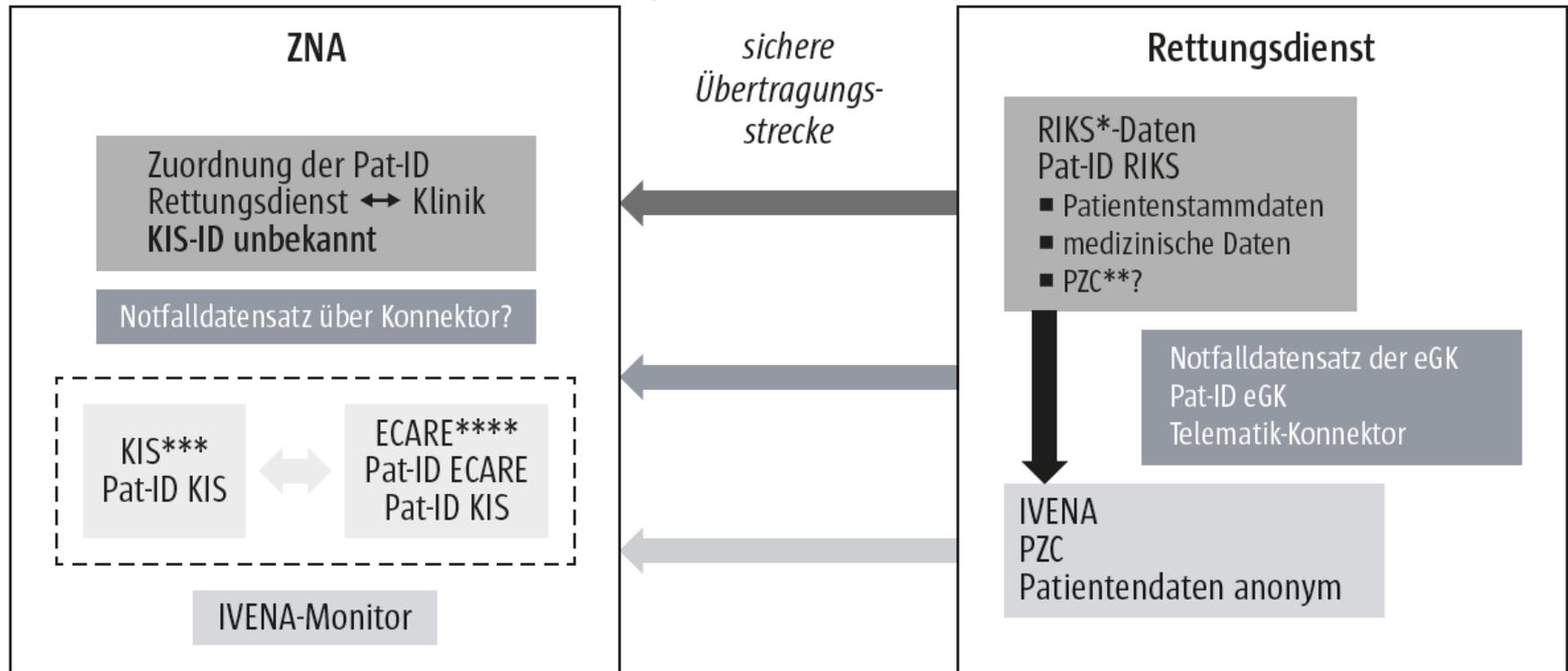
- Patienten begeben sich dorthin, wo sie die Leistung erhalten, die sie erwarten
- “Steuerung” im Sinne einer Verschiebung auf unabsehbare Zeit (“bei nächster Gelegenheit zum Hausarzt”) hat keine Erfolgsaussichten
- “Steuerung” im Sinne des Verweises an eine KV-Struktur durch die ZNA ist rechtlich nur vertretbar, wenn jene sich direkt in räumlicher Einheit mit der ZNA befindet
- Prototypisches Beispiel einer Kooperation mit Erfolgsaussicht: Die KV COVID-Notdienstpraxis am Campus Charité Mitte (Eröffnung jetzt)
- Die Reduktion von Leistungen im Notfall wäre nur über eine Kostenbeteiligung der ambulanten Patienten vorstellbar

Akut- und Notfallversorgung: künftig wie ein Uhrwerk?

Sind „Termine“ in der Akut- und Notfallversorgung sinnvoll?
Was kann Deutschland von Dänemark lernen?



Digitalisierung



* Rettungsdienst Informations- und Kommunikationssystem; ** Patientenzuweisungscode; *** Krankenhausinformationssystem; **** ECARE oder anderes geeignetes Notaufnahme-Subsystem

Abb. 2 Übertragung von Daten aus dem Rettungsdienst mit Voranmeldung: Struktur der zukünftigen digitalen Integration von Rettungsdienst und Zentraler Notaufnahme (Krankenhaus)



Zusammenfassung

- Überfüllung und Überforderung der Notaufnahmen sind Realität und gefährlich; die Ursachen liegen schwerpunktmäßig in veränderter Morbidität und Erwartungen der Patienten sowie reduzierter stationärer Aufnahmekapazität und weniger an einer Fehlsteuerung
- Lösungen beinhalten
 - strukturelle (ZNA, technische Ausstattung, stationäre Betten)
 - fachliche (Spezialisierung von Pflege und Ärzten) sowie
 - prozessuale Maßnahmen (Kooperationen, Vernetzung)
- Die ambulante Notfallversorgung ist aktuell überall unterfinanziert
- Die vorhandenen Lösungsansätze wie Notdienstpraxen an der ZNA eines Krankenhauses sollten besser finanziert und ausgebaut werden
- Die Qualifikation des Personals und das Leistungsangebot in Notfallstrukturen der KV sollte entwickelt werden