Positionen zur Notfallversorgung

B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg

Stand: 24.07.2018

Inhaltsverzeichnis

A.	**Einleitung**	**Seite 3**
B.	**Positionen**	**Seiten 4 - 6**
C.	**Erläuterungen und Ausführungen**	**Seiten 7 - 16**
D.	**Anlagen**	**Seiten 17 - 20**
E.	**Impressum**	**Seite 21**

A. Einleitung

Liebe Leserinnen und Leser,

für die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg, zu welcher der BKK-Landesverband Süd, die IKK classic, die KNAPPSCHAFT und der Verband der Ersatzkassen (vdek) – Landesvertretung Baden-Württemberg gehören, hat die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in lebensbedrohlichen Situationen oberste Priorität. Überfüllte Notaufnahmen in Krankenhäusern und überlastete Rettungsdienste sind nur zwei Themenfelder, die aktuell in der Landespolitik besonders in der Diskussion stehen. Kern der integrierten Notfallversorgung muss nach Auffassung unserer Kooperationsgemeinschaft ein möglichst reibungsloses Zusammenwirken der Beteiligten aus den Bereichen Rettungsdienst, Krankenhäuser und Vertragsärzte sein. Trotz bereits gemeinsam erreichter Fortschritte gibt es hier im Land noch deutliches Verbesserungspotential.

Mit diesem Positionspapier wollen wir zur Diskussion anregen sowie Fehlentwicklungen und Lösungsansätze aufzeigen. In sechs Positionen plädieren wir für eine konsequente Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung in Baden-Württemberg. Die B 52-Positionen stellen dabei den Patienten und die Qualität der Leistungen in den Mittelpunkt. Gleichzeitig sind sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet, damit vorhandene Ressourcen besser eingesetzt werden können.

Die gesetzlichen Krankenkassen nehmen ihre Aufgaben in der Notfallversorgung für die Menschen in Baden-Württemberg sehr ernst. Ohne Zweifel ist aber die Versorgung der Bevölkerung im Notfall eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb sollten auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die öffentliche Hand ihren Beitrag leisten, um die integrierte Notfallversorgung aufrecht zu erhalten und zukunftsfähig zu machen.

Ihre B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg

B. Positionen

1. Notfallversorgung durch zentrale Anlaufstellen besser koordinieren und vernetzen

Die Struktur und Organisation der Notfallversorgung ist derzeit unübersichtlich. Die richtige Zuständigkeit ist den Patienten häufig nicht bekannt. In den Notaufnahmen und im Rettungsdienst gibt es deshalb stark steigende Inanspruchnahmen mit langen Wartezeiten. Oftmals erfolgt die Versorgung nicht bedarfsgerecht. Ambulant gut behandelbare Patienten nehmen häufig den Rettungsdienst und die Kliniken in Anspruch und blockieren mit vergleichsweise harmlosen Beschwerden spezialisierte Behandlungskapazitäten. In der Folge ist das Personal auf Grund der fehlenden Strukturierung oftmals überlastet. Die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg fordert daher eine integrierte Notfallversorgung mit einem Portalpraxenkonzept.

Die sogenannten Portalpraxen sind gemäß der gestuften Notfallversorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses an Krankenhäusern mit einer Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit einzurichten. Dazu ist eine enge Kooperation zwischen den Trägern der ambulanten sowie stationären Notfallversorgung und der Rettungsdienste auf Basis einheitlicher Standards notwendig.

2. Triage mit einheitlichen Standards verbindlich festlegen

Damit die Patienten in den richtigen Versorgungspfad gesteuert werden können, wird eine einheitliche Triagierung benötigt. So sind leichtere Fälle zu Sprechstundenzeiten in die Arztpraxis und außerhalb derer an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zu verweisen. Schwere Fälle müssen in die Notaufnahme des Krankenhauses geschickt und dort behandelt werden. Die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg fordert hierzu die Festlegung von landesweit einheitlichen Standards in der Einstufung vor Ort wie auch bei der Notrufabfrage in den Leitstellen.

Für das Portalpraxenkonzept muss vor allem eine kontinuierlich verbesserte Kooperation des vertragsärztlichen Notdienstes und der Notfallaufnahmen der Krankenhäuser gegeben sein. Dies beinhaltet die Qualifikation des in der ambulanten Notfallversorgung beteiligten Personals sowie die Förderung von engmaschigen Versorgungskonzepten für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf im niedergelassenen Bereich.

3. Leistungen an nichtärztliche Fachberufe delegieren und Notfallsanitäter stärken

Die Bedeutung der Ressource „Mensch“ wird in Zukunft im Gesundheitswesen deutlich steigen. In Bezug auf die Versorgung der Bevölkerung im Notfall bedeutet dies, dass die jeweils vorhandenen Kapazitäten bestmöglich genutzt werden müssen. Das Delegieren von Leistungen wird daher in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen.

In Baden-Württemberg gibt es regional zunehmend Probleme, Arztpraxen nachzubesetzen und Notärzte zu gewinnen. Daher muss die Notfallversorgung der Zukunft sicherstellen, dass Ärzte von Aufgaben entlastet werden, die auch durch nichtärztliche Fachberufe durchgeführt werden können.

Im Bereich des Rettungsdienstes wird mit der Etablierung des Berufsbildes Notfallsanitäter auf diesem Weg gerade ein großer Schritt getan. Jedoch muss sichergestellt werden, dass auch die weiteren Schritte – hier insbesondere die Ausstattung mit entsprechenden Kompetenzen und perspektivisch die Vereinheitlichung der gesetzlichen Hilfsfrist – gegangen werden.

4. Technische Innovationen nutzen

Technische Innovationen helfen, die Arzt-Patienten-Kontakte und die dafür notwendigen Abläufe zu optimieren. Die Möglichkeiten der Telematik-Infrastruktur mit Stammdatenabgleich, Notfalldatensatz, elektronischem Medikationsplan und letztlich der Einführung einer elektronischen Patientenakte werden Diagnostik und Behandlung erleichtern und zu einer spürbaren Verbesserung der Qualität in den Abläufen in Notfallpraxis, Notaufnahme und Rettungsdienst führen.

Sofern sich das Modellprojekt DocDirekt als erfolgreich erweist, sollte es aus Sicht der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg flächendeckend ausgebaut und in einer weiteren Stufe geprüft werden, ob eine Ausweitung der Zeiten (z. B. von 7 bis 21 Uhr) sowie eine Ausdehnung auf das Wochenende sinnvoll ist.

5. Qualitätssicherung steigern

In Baden-Württemberg gibt es – bundesweit einmalig – die Stelle für trägerübergreifende Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR BW), die sich schwerpunktmäßig mit der Evaluation von Prozess- und Ergebnisqualität beschäftigt. Aus Sicht der B 52-Verbändekooperation sollten die Ressourcen der SQR BW weiter ausgebaut werden, damit darüber hinaus auch die Struktur- und Indikationsqualität gesteigert werden kann.

Perspektivisch könnte die SQR BW zu einer Stelle für Qualitätssicherung in der Notfallversorgung ausgebaut werden, damit neben der rettungsdienstlichen

Versorgung auch die Schnittstelle zwischen den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern unabhängig bewertet werden kann.

6. Gesundheitskompetenz ausbauen

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland weist eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Die B 52-Verbändekooperation möchte erreichen, dass der Patient die notwendige Kompetenz erlangt, um selbst zu entscheiden, welches Versorgungsangebot für ihn das richtige ist. Der Bekanntheitsgrad der Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 muss dabei noch deutlich erhöht werden. Außerdem sollte das Thema Gesundheitskompetenz im Unterricht an allen weiterführenden Schulen berücksichtigt und die Bevölkerung besser informiert werden.

C. Erläuterungen und Ausführungen

1. Notfallversorgung durch zentrale Anlaufstellen besser koordinieren und vernetzen

Die Koalitionspartner der Bundesregierung haben die Themen sektorenübergreifende Versorgung und Notfallversorgung als eine der Schwerpunkte im Gesundheitsbereich vereinbart. Im Koalitionsvertrag heißt es hierzu:

> *„Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Versorgung wollen wir nachhaltige Schritte einleiten (…) Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzverantwortung geschaffen. Dazu sind Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen."*

Die integrierte Notfallversorgung mit zentralen Anlaufstellen für die Patienten ist aus Sicht der B 52-Verbändekooperation ein essentieller Versorgungsbaustein für eine sektorenübergreifende Versorgung. Hierbei müssen Verbesserungspotentiale identifiziert und genutzt werden. Die Beteiligten müssen Hand in Hand zusammenarbeiten, damit die Patientenversorgung bestmöglich funktionieren kann.

In den vergangenen Monaten haben sich viele verschiedene Akteure im Gesundheitswesen inhaltlich mit der Ausgestaltung der Notfallversorgung befasst. Der GKV-Spitzenverband[1] und auch der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)[2] gaben inzwischen jeweils ein Positionspapier heraus. Im Auftrag der Bundesregierung hat sich auch der Sachverständigenrat für die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen mit der Thematik beschäftigt und hierzu ein Sondergutachten publiziert.[3]

Die zentrale Rolle in der Notfallversorgung spielen die niedergelassenen Vertragsärzte, die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Rettungsdienste. Um die Rahmenbedingungen für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu verbessern hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) im Jahr 2014 eine große Notfalldienstreform durchgeführt. Die Notdienstbereiche wurden von über 340 auf 66 reduziert. Dies führte zu einer ausgewogeneren Dienstbelastung der einzelnen Ärzte. Daneben wird der Notfalldienst seit 2014 nicht mehr in den Praxen der einzelnen diensthabenden Ärzte durchgeführt, sondern in 121 Notfallpraxen, die

[1] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Notfallversorgung_barrierefrei.pdf,
[2] https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/335_Ambulante_Notfallversorgung/Gutachten_Notfallversorgung.pdf,
[3] https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606

überwiegend direkt am Krankenhaus angesiedelt sind.[4] Dort werden jährlich 1,2 Mio. Notfälle behandelt. Die Standorte der Notfallpraxen können Sie der als Anlage 1 beigefügten Landkarte entnehmen. Die Krankenkassen und deren Verbände in Baden-Württemberg haben diese Notfalldienstreform der KVBW unterstützt, um eine integrierte Notfallversorgung auf den Weg zu bringen.

Neben den niedergelassenen Ärzten spielt der Rettungsdienst eine maßgebliche Rolle in der Versorgung von Notfällen. Zahlenmäßig stellt sich die Situation im Land wie folgt dar:

- 34 Rettungsdienstbereiche / Koordination durch 34 integrierte Leitstellen
- 172 Notarztstandorte mit ca. 180 Notarzteinsatzfahrzeuge
- ca. 270 Rettungswachen mit bis zu 400 Rettungswagen
- jährlich 1,3 Mio. Rettungsfahrten
- über 8.500 Primäreinsätze durch Hubschrauber
- ca. 770.000 Fahrten für Krankentransporte und Verlegungen
- 4.700 Intensivtransporte.

Die Anlagen 2 bis 4 veranschaulichen die räumliche Verteilung.

Zentrale Schlüsselstelle in der integrierten Notfallversorgung sind die Krankenhäuser in Baden-Württemberg, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Hier finden in den Notaufnahmen die Übernahme der Patienten vom Rettungsdienst und die weitere Behandlung/Erstversorgung statt. Daneben gibt es Patienten, die vom niedergelassenen Vertragsarzt in die Notaufnahmen überwiesen werden, sowie solche, die sich selbst einweisen. Die Krankenhäuser und ihre Notaufnahmen stellen eine Versorgung rund um die Uhr und sieben Tage in der Woche sicher. Darüber hinaus stellen sie einen wesentlichen Anteil der Notärzte in Baden-Württemberg.

Wichtig im Sinne einer integrierten Notfallversorgung ist es, die Schnittstellen der einzelnen Bereiche optimal zu gestalten, um Reibungsverluste möglichst zu minimieren und um den Patienten unter technischer Einbindung neuer digitaler Instrumente in das im Einzelfall sinnvollste Versorgungsangebot zu steuern.

Ein positives Beispiel ist etwa die präklinische Notfallanmeldung am Klinikum Ludwigsburg. Hier werden zeitgleich mit der Befunderhebung durch den Notarzt bzw. die Rettungswagenbesatzung die Daten des Patienten an die Notaufnahme übermittelt. Somit können sich die Ärzte des Krankenhauses auf den Patienten einstellen sowie ggf. bereits erste Hinweise zur Behandlung an das Team vor Ort senden.

[4] KVBW, Reform des ärztlichen Notfalldienstes, https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=1768

2. Triage mit einheitlichen Standards verbindlich festlegen

Der Begriff „Triage“ kommt aus der französischen Sprache (‚trier‘ = sichten, einteilen) und bezeichnet ein methodisch abgegrenztes Verfahren zur Priorisierung von medizinischen Hilfeleistungen.

Mit Triage-Systemen wird erreicht, dass zuerst die Patienten eine Versorgung erhalten, die aus medizinischen Gesichtspunkten die höchste Dringlichkeitsstufe haben.[5] Um auch in Zukunft eine effektive Notfallversorgung gewährleisten zu können, ist es zwingend notwendig, beim Zugang zur ambulanten Notfallbehandlung eine verbindliche Triage durchzuführen, die die Patienten bei leichteren Fällen an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verweist und schwere Fälle zur Behandlung in die Notaufnahme schickt.

Bei einem Teil der Kliniken, an denen eine Notfallpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vorgehalten wird, gibt es bereits einen gemeinsamen Anmeldetresen im Sinne einer Portalpraxis. An den übrigen Standorten sollte dies kurzfristig umgesetzt werden. Teilweise entstehen gemeinsame Publikationen, die den Patienten bei der Wahl der richtigen Versorgungsebene unterstützen[6] oder über das Prinzip einer Notfalleinstufung und die damit ggf. verbundenen längeren Wartezeiten informieren.[7]

Der Bundesgesetzgeber sollte das SGB V so anpassen, dass eine Öffnung der Notfallpraxen auch während der Praxisöffnungszeiten möglich ist, damit die Vertragsärzte die Notaufnahmen der Krankenhäuser auch tagsüber entlasten können.

Bei den Krankenhäusern ohne Notfallpraxis sollte die Triage ebenfalls umgesetzt werden. Die umliegenden Vertragsärzte sollten kurzfristige Terminkapazitäten vorhalten. Wichtig ist insgesamt eine Stärkung und Qualifizierung des Personals in den Krankenhäusern und eine rechtliche Absicherung, damit nicht wegen drohender Haftungsrisiken eine ständige Überversorgung erzeugt wird.

Wichtig an einem Triage-System ist, dass der Patient eine verbindliche und einheitliche Auskunft bzw. Einstufung erhält. Dies ist unabhängig davon, ob die Triage vor Ort im Krankenhaus bzw. in der Notfallpraxis oder am Telefon durch die Leitstelle erfolgt. Die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg fordert daher die Festlegung von landesweit einheitlichen Standards in der Einstufung vor Ort wie auch bei der Notrufabfrage in den Leitstellen. Hierfür kann das Manchester-Triage-

[5] Christ, M./ Grossmann, F./ Winter, D./ Bingisser, R./ Platz, E., Triage in der Notaufnahme - Moderne, evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit, Deutsches Ärzteblatt Int. 107, Nr. 50, S. 892-898
[6] https://www.sbk-vs.de/images/pdf/downloads/ZNA/ZNA_Notfallversorgung.pdf
[7] https://www.joho.de/fileadmin/user_upload/Notfall_Coypright_2017.pdf

System als Grundlage dienen, das z. B. bereits in den Notaufnahmen der Charité in Berlin zum Einsatz kommt.[8]

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen hat sich im Rahmen eines Werkstattgesprächs zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland am 7. September 2017 dafür ausgesprochen, die „Kleinstaaterei" mit einer Leitstelle je Landkreis zu beenden und die Zahl der Leitstellen erheblich zu reduzieren.[9] Die B 52-Verbändekooperation spricht sich in einem ersten Schritt für eine Stärkung der Leitstellen durch mehr und besser spezialisiertes Personal (beispielsweise Calltaker/Dispatcher/ggf. Arzt) aus. Dies wird ebenfalls vom Sachverständigenrat unterstützt. Des Weiteren macht sich die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg für eine gegenseitige Vernetzung der Leitstellen stark, sodass eine Spezialisierung (Leitstelle für Krankentransporte u. ä.) und gegenseitige Unterstützung (bei Großschadenslagen) möglich ist. Im Zeitverlauf ist dann zu prüfen, ob die Infrastruktur der Leitstellen noch sachgerecht ist. Das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg beschäftigt sich derzeit intensiv mit der Weiterentwicklung der Leitstellenstruktur in Baden-Württemberg.[10]

Entscheidend ist aus Sicht der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg, dass die Leitstellen perspektivisch zu Gesundheitsleitstellen ausgebaut werden. Es befinden sich derzeit bereits viele telemedizinische Anwendungen in der Erprobung (z. B. DocDirekt – hierzu siehe Seite 12 f.), deren Integration bzw. Anbindung an die Leitstellen ernsthaft in Erwägung gezogen werden sollte.

[8] https://notfallmedizin.charite.de/standorte/campus_benjamin_franklin_cbf/notfallversorgung/manchester_triage_system/
[9] https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017-09-08_Notfall_Webseite.pdf - Seite 16
[10] https://im.baden-wuerttemberg.de/de/sicherheit/projekt-leitstellenstruktur-in-baden-wuerttemberg/

3. Leistungen an nichtärztliche Fachberufe delegieren und Notfallsanitäter stärken

Seit 01.01.2014 wurde mit dem Notfallsanitäter ein neues Berufsbild in Deutschland geschaffen. Er ersetzt die bisherige zweijährige Ausbildung zum Rettungsassistenten und soll in der verlängerten Ausbildungszeit von nunmehr drei Jahren rettungsdienstliche und medizinische Kenntnisse erlangen (§ 4 Abs. 1 NotSanG). Die gesetzlichen Krankenkassen stellen im Zeitraum von 2015 bis 2022 über 110 Millionen Euro bereit, damit bis dahin ausreichend qualifizierte Notfallsanitäter ausgebildet bzw. Rettungsassistenten entsprechend weitergebildet werden.

Inzwischen haben in Baden-Württemberg etwa 1.500 Notfallsanitäter ihre Aus- bzw. Weiterbildung abgeschlossen. Die erlernten Kompetenzen (Gabe von Schmerzmitteln, Infusion etc.) können jedoch in der Praxis nur im Ausnahmefall angewendet werden. Das Notfallsanitätergesetz legt zwar mögliche erweiterte Befugnisse fest, es ist jedoch notwendig, dass eine Anpassung des Heilpraktikergesetzes erfolgt. Flankierend ist die Installation eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD) notwendig, der die erweiterten Kompetenzen freigeben kann, aber auch überwachen muss.

Das Land Baden-Württemberg hat zusätzliche Stellen geschaffen, um in den Regierungspräsidien jeweils einen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zu installieren. Es sollten zügig die rechtlichen Grundlagen für die Arbeit der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und der Notfallsanitäter geschaffen werden. Darüber hinaus sollte darauf hingewirkt werden, dass deutschlandweit ein vereinheitlichtes Berufsbild geschaffen wird, damit die Notfallsanitäter ohne Weiter- bzw. Zusatzausbildungen in jedem Bundesland eingesetzt werden können.

Abschließend soll die bestehende doppelte Hilfsfrist dahingehend vereinheitlicht werden, dass die neue Hilfsfrist durch das ersteintreffende Rettungsmittel markiert wird, das mindestens mit einem Notfallsanitäter besetzt ist.

4. Technische Innovationen nutzen

Ein wichtiger Baustein zum zielgerichteten Einsatz der vorhandenen personellen Ressourcen ist die Nutzung von technischen Innovationen, die helfen, die Arzt-Patienten-Kontakte und die dafür notwendigen Abläufe zu optimieren.

Zum 01.01.2019 müssen alle Arzt- und Zahnarztpraxen an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein. Als erste Anwendung wird ab diesem Zeitpunkt der Online-Stammdatenabgleich (u. a. Prüfung, ob eine aktuelle Versicherung bei der Krankenkasse besteht) durchgeführt. Weitere Anwendungen sind in Planung. Der Notfalldatensatz und elektronische Medikationsplan werden zu einer spürbaren Verbesserung der Qualität in der Notfallversorgung, aber auch zur Verbesserung der Abläufe in Notfallpraxis, Notaufnahme und Rettungsdienst führen. Wertvolle Informationen stehen für alle Beteiligten zur Verfügung und erleichtern Diagnostik und Behandlung.

Dieser Effekt wird noch deutlicher spürbar, wenn im darauffolgenden Schritt eine elektronische Patientenakte eingeführt wird. Damit kann – wenn der Versicherte zustimmt – eine lückenlose medizinische Dokumentation aufgebaut werden. Somit können bei einem Notfall frühere Befunde oder z. B. CT-Aufnahmen zur Diagnoseerstellung mit herangezogen werden. Mehrere Krankenkassen haben hierfür bereits Produkte und Apps entwickelt und werden diese in Kürze am Markt anbieten. Teilweise laufen schon erste Modellprojekte.[11]

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat im Sommer 2016 als erste bundesweit in einem wegweisenden Beschluss die Möglichkeit geschaffen, im Rahmen von Modellprojekten eine ausschließliche Fernbehandlung zu erproben. Das so genannte Fernbehandlungsverbot wurde gelockert.[12]

Auf dieser Basis hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen im Land das Modellprojekt DocDirekt ins Leben gerufen, das im April 2018 im Stadtkreis Stuttgart und Landkreis Tuttlingen gestartet ist.

Bei akuten Erkrankungen können Patienten, sofern sie ihren behandelnden Arzt nicht erreichen, montags bis freitags zwischen 9 und 19 Uhr bei DocDirekt anrufen. Speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) erfassen Personalien und Krankheitssymptome und klären die Dringlichkeit. Der Patient bekommt nun einen Rückruf durch einen niedergelassenen Arzt, der die Anamnese erhebt und das Beschwerdebild klärt. Hierzu ist auch der Einsatz von Video-Telefonie möglich. Im Idealfall kann der Tele-Arzt den Patienten abschließend telemedizinisch beraten.

[11] Grätzel von Grätz, P. „Neue Gesundheitsakte bringt GKV und PKV zusammen“, Ärztezeitung vom 05.06.2018
[12] https://www.aerztekammer-bw.de/news/2016/2016-07/pm-telemedizin/index.html

Falls es jedoch medizinisch erforderlich ist, leitet er den Patienten taggleich in eine Vertragsarztpraxis zur Behandlung weiter.

Der 121. Deutsche Ärztetag hat am 10. Mai 2018 die Muster-Berufsordnung geändert und den Grundstein für die generelle Möglichkeit der Fernbehandlung – soweit ärztlich vertretbar – gelegt. Diese Anpassung muss nun noch in den Berufsordnungen der Länder-Kammern umgesetzt werden.

Damit stünde dann einer Ausweitung von DocDirekt auf weitere Regionen nichts mehr im Wege. Perspektivisch sollte das Projekt weiter ausgebaut werden und ein flächendeckendes Angebot in ganz Baden-Württemberg erfolgen. Aus Sicht der B 52-Verbändekooperation wäre es absolut wünschenswert, dass in einer weiteren Stufe in einem Testbetrieb geprüft wird, ob eine Ausweitung der Zeiten (z. B. von 7 bis 21 Uhr) sowie Ausdehnung auf das Wochenende sinnvoll ist. Ebenso sollte in Zukunft eine Vernetzung mit den Integrierten Leitstellen erfolgen, damit Anrufer, die keinen Rettungsdienst benötigen, direkt an DocDirekt durchgestellt werden können.

5. Qualitätssicherung ausbauen

Begleitend zu künftigen Veränderungen und Entwicklungen innerhalb der integrierten Notfallversorgung sollte sein, dass die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nachhaltig ausgebaut wird.

Baden-Württemberg nimmt hier bereits jetzt eine Vorreiterrolle ein. Bundesweit einmalig gibt es in Baden-Württemberg die Stelle für trägerübergreifende Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW). Bereits seit einigen Jahren beschäftigt sich die SQR-BW schwerpunktmäßig mit der Evaluation insbesondere der Prozess- und Ergebnisqualität.

Hierzu werden standardmäßig alle Daten aus den Leitstellen, aus der elektronischen Dokumentation der Notärzte sowie seit neuestem aus der elektronischen Dokumentation der Rettungswagen ausgewertet und verglichen. Im Rahmen eines gestuften Dialogs erhalten dann die einzelnen Leitstellen, Rettungswachen und Notarztstandorte eine Rückmeldung, wie sie bei bestimmten Qualitätsindikatoren im Vergleich zum restlichen Bundesland abschneiden. Damit wird ein Anstoß für eine Verbesserung im entsprechenden Indikator gesetzt. Die Arbeit der SQR-BW führte bereits nach kurzer Zeit zu offensichtlichen Verbesserungen. Beispielsweise wurden 2016 im Landesschnitt 87,4 Prozent der Patienten mit einem Herzinfarkt in die richtige Klinik transportiert. Im Jahr 2015 lag dieser Wert noch bei 82,5 Prozent. Insbesondere bei den Standorten, die unter diesem Wert lagen, muss eine Verbesserung erzielt werden.

Aus Sicht der B 52-Verbändekooperation ist die SQR-BW ein Erfolgsmodell. Die Ressourcen der SQR-BW sollten weiter ausgebaut werden, damit neben der Prozess- und Ergebnisqualität auch die Strukturqualität gesteigert werden kann. Dieser Bereich gewinnt auch immer mehr an Bedeutung, damit die Standortplanung und Überprüfung der Vorhaltungen im Rettungsdienst nicht an den Grenzen des Rettungsdienstbereiches festgemacht wird, sondern ein übergreifender und wissenschaftlicher Blickwinkel eingenommen wird.

Wie oben dargestellt, kann von der SQR-BW der gesamte Einsatzablauf vom Eingang des Notrufs bis zur Übergabe im Krankenhaus analysiert und bewertet werden. Die B 52-Verbändekooperation hält es für zwingend notwendig, dass auch der Verlauf nach der Einlieferung in das Krankenhaus mit in die Bewertung einbezogen werden kann. Das betrifft insbesondere die Frage der Indikationsqualität, also ob der Patient mit den richtigen Diagnosen eingeliefert wurde und ob dementsprechend eine adäquate Behandlung durchgeführt wurde.

Perspektivisch ist zu überlegen, ob die SQR BW zu einer Stelle für Qualitätssicherung in der Notfallversorgung ausgebaut wird, damit neben der rettungsdienstlichen Versorgung auch die Schnittstelle zwischen den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern unabhängig bewertet werden kann.

6. Gesundheitskompetenz ausbauen

In der Notfallversorgung gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten und Ansprechpartnern, unter denen sich der Patient entscheiden muss. Im konkreten Fall ist es jedoch für den Einzelnen manchmal schwierig zu unterscheiden, ob ein vitaler Notfall vorliegt und der Notruf 112, Rettungsdienst und anschließend das Krankenhaus die richtige Wahl ist, oder ob der ärztliche Bereitschaftsdienst mit seiner bundesweiten Rufnummer 116 117 zuständig ist. Ebenso muss der Patient entscheiden können, ob ein akuter Notfall vorliegt, oder ob eine Behandlung bei einem Vertragsarzt nach dem Wochenende oder dem Feiertag ausreicht.

Quelle: Aqua-Institut

Eine aktuelle Studie zur Gesundheitskompetenz kommt zu dem Schluss, dass 54,3 Prozent der Bevölkerung in Deutschland eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen.[13] Um dem entgegenzutreten haben die Universität Bielefeld und die Hertie School of Governance einen Nationalen Aktionsplan

[13] Schaeffer, D./Berens, E.-M./Vogt, D., Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Deutsches Ärzteblatt Int. 114, Nr. 4, S. 53-60.

Gesundheitskompetenz entwickelt und im Frühjahr 2018 veröffentlicht[14]. Die erste Empfehlung dieses Aktionsplans lautet: „Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen."

In Anlehnung an diese Empfehlung des Nationalen Aktionsplans fordert die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg die Berücksichtigung des Themas Gesundheitskompetenz im Unterricht an allen weiterführenden Schulen. Aber auch außerhalb der Schule ist eine bessere Information der Bevölkerung notwendig. Der Patient muss mit der notwendigen Kompetenz ausgestattet werden, damit er selbst entscheiden kann, welches Versorgungsangebot er in Anspruch nimmt. Im Ergebnis sollten in der Notaufnahme auch nur die Fälle behandelt werden, die die speziellen Einrichtungen einer Notaufnahme benötigen.

Die oftmals als zu lang empfundenen Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten führen dazu, dass die Patienten häufiger die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen. Anstatt mehrere Tage zu warten, werden die Wartezeiten in der Notaufnahme eines Krankenhauses in Kauf genommen, da dort 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr das Komplettpaket an Diagnostik und Behandlung angeboten wird.

In Baden-Württemberg kommen Notrufe über die zentralen Rufnummern 112 (Notrufnummer für Feuerwehr und Rettungsdienst) und 116 117 (ärztlicher Bereitschaftsdienst) an einer Integrierten Leitstelle an. Positiv ist, dass die Patienten einen einheitlichen telefonischen Ansprechpartner haben, der bei Bedarf auch einen Notarzt oder Rettungswagen disponieren kann. Unabhängig davon muss der Bekanntheitsgrad der Telefonnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst noch deutlich erhöht werden, da viele eher in die Notaufnahmen der Krankenhäuser gehen, als sich telefonisch nach der nächsten geöffneten Notfallpraxis zu erkundigen.

[14] http://nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1206/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf

D. Anlagen

Anlage 1 Übersicht über die Notfallpraxen in Baden-Württemberg

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Anlage 2 Standorte der Rettungswachen

Quelle: SQR-BW

Anlage 3 Notarztstandorte

Quelle: SQR-BW

Anlage 4 Standorte der Hubschrauber und Intensivtransportwagen

Quelle: SQR-BW

E. Impressum

B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg
Geschäftsstelle beim BKK Landesverband Süd
Stuttgarter Str. 105
70806 Kornwestheim
Tel.: 07154/1316-340
E-Mail: geschaeftsstelle@arge-b52.de
Internet: www.arge-b52.de

Vertretungsberechtigt und verantwortlich:
Jacqueline Kühne, BKK Landesverband Süd
Frank Hippler, IKK classic
Anton Haupenthal, KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München
Biggi Bender, Verband der Ersatzkassen (vdek) – Landesvertretung Baden-Württemberg

Redaktion:
Enes Baskal, BARMER
Gisbert Frühauf, KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München
Nicole Hildebrand, KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München
Carmen Hirth, IKK classic
Alexander Kunz, BKK Landesverband Süd
Stefanie Mayer, Verband der Ersatzkassen (vdek) – Landesvertretung Baden-Württemberg
Michael Mruck, Verband der Ersatzkassen (vdek) – Landesvertretung Baden-Württemberg
Carlos Philipp, BKK Landesverband Süd
Thomas Riesterer, IKK classic
Bernd Schmid, IKK classic
Stephan Trabert, BKK Landesverband Süd
Bettina Uhrmann, IKK classic
Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen (vdek) – Landesvertretung Baden-Württemberg

Hinweise:

- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text ausschließlich die männliche Form verwendet.
- Die in den Fußnoten aufgeführten Internet-Adressen wurden zuletzt am 20.07.2018 aufgerufen.