

Notfallversorgung und Rettungsdienst

Der richtige Helfer im Notfall

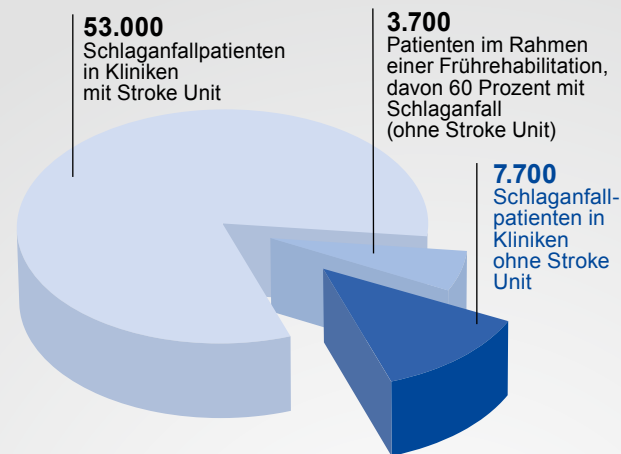
Über die Zuständigkeit für Notfälle haben Patienten längst mit den Füßen abgestimmt: 89 Prozent der Selbsteinweiser, die 2015 für eine Studie in zwei Berliner Notaufnahmen befragt wurden, hatten vorher nicht einmal versucht, den ambulanten Notdienst zu kontaktieren (Somasundaram 2016). So will die Bundesregierung nun auch den Notfallbereich reformieren. Der Diskussionsentwurf sieht vor, die Versorgung an Kliniken anzusiedeln und den Rettungsdienst neu aufzustellen.

Wichtigster Ort des Geschehens werden sogenannte Integrierte Notfallzentren (INZ), die die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Kliniken gemeinsam betreiben sollen. Mit der konkreten Ausgestaltung will das Ministerium den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beauftragen, der damit über die medizinisch-technische Ausstattung, die Qualifikation des Personals und das Leistungsspektrum der INZ entscheiden soll, ebenso über die Modalitäten der Abrechnung. Fest steht, dass die Versorgung bundesweit einheitlich vergütet werden soll. Der Sicherstellungsauftrag muss infolge der neuen Zuständigkeiten neu definiert werden. Geplant werden sollen die INZ von den Ländern.

Rettungsdienst als neuer Leistungsbereich

Änderungen soll es auch in der vorklinischen Versorgung geben. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will den Rettungsdienst als eigenständige Leistung („Medizinische Notfallrettung“) im Fünften Sozialgesetzbuch verankern. Damit würde der GBA künftig auch für den Rettungswagen bundesweit einheitliche Qualitätsstandards schaffen, darunter den, dass Rettungsteams bei Fahrten ins Krankenhaus nicht mehr die nächstgelegene Klinik ansteuern, sondern die nächste qualifizierte Einrichtung. Die Gemeinsamen Notfalleitstellen sollen nach den Plänen des BMG die Steuerung der Patienten übernehmen. Um ihre Organisation – zurzeit Aufgabe der Kommunen – kümmern sich dann Länder und KV. Die Ziele der Reform werden in der Fachwelt überwiegend begrüßt. Über die Umsetzung ist vor allem aufgrund der Neuverteilung von Kompetenzen ein heftiger Streit entbrannt. Auch einen Zeitplan hat das BMG noch nicht vorgelegt.

NRW: Notfallversorgung mit Lücken



In Nordrhein-Westfalen wurden 18 Prozent aller Schlaganfallpatienten des Jahres 2017 in Kliniken ohne Stroke-Unit behandelt. Quelle: Gutachten Krankenhauslandschaft NRW, Grafik: AOK-BV

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> Direkter Draht ins Krankenhaus: Wie Telekardiologie die Notfallrettung verbessert

Markt und Meinung Seite 3

>> Gutachten: NRW kann mehr als 18.000 Betten abbauen

>> Pauschale Klinikförderung durch den Bund

>> Veränderungswert: Landesbasisfallwerte können 2020 deutlich steigen

>> Drei Fragen an Dr. Stefan Poloczek, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Berliner Feuerwehr

Versorgung und Service Seite 4

>> Psychiatrien müssen Personal aufbauen

>> Personaluntergrenzen werden verschärft

>> Neue Schonfrist für Perinatalzentren

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

>> Strukturelle Mängel in der Notfallversorgung

„Wir müssen
den Rettungsdienst
neu erfinden.“

Pierre-Enric Steiger,
Präsident der Björn-Steiger-Stiftung

Bessere Notfallstrukturen für Patienten mit Herzinfarkt

Direkter Draht ins Krankenhaus

Ein hochwertiges EKG-Gerät mit digitaler Verbindung zum Krankenhaus – mehr braucht es nicht, um die Versorgung von Herzinfarktpatienten auch in ländlichen Regionen zu verbessern. Das zeigt das Projekt „kardiologisches Telekonsil im Rettungsdienst“ in Kaiserslautern.

Etwa 50.000 Menschen jährlich sterben in Deutschland an einem ST-Streckenhebungs-Myokardinfarkt (STEMI) – nach Angaben der Deutschen Herzstiftung jeder Dritte, bevor er die rettende Klinik erreicht. Oft zögern Beteiligte, bis sie Hilfe holen; manchmal bleibt die Diagnose unklar; nicht selten kommen Patienten zunächst in Kliniken ohne Herzkatheterlabor. Hier setzt das Projekt „kardiologisches Telekonsil“ in der Westpfalz an, eine Initiative des Fraunhofer-IESE, der regionalen Kliniken, der lokalen Rettungsdienste und ihrer Ärztlichen Leitung, des Innenministeriums und der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Das Ziel: eine schnelle und sichere Diagnose mit unmittelbar anschließender therapeutischer Entscheidung und schnellstmöglicher Behandlung im qualifizierten Krankenhaus.

Den Kern des neuen Versorgungsmodells bilden moderne EKG-Geräte und ein Telemetriemodul. Die Kombination ermöglicht eine kurzfristige Befundung mit sofortiger Rückmeldung an das Team im Rettungswagen (RTW). Im Frühjahr 2018 wurden dafür im Rettungsbereich Kaiserslautern 16 Einsatzfahrzeuge mit modernen Telemetriemodulen ausgestattet. Notärzte und Sanitäter leiten schon am Einsatzort ein 12-Kanal-Ruhe-EKG ab und versenden die Messergebnisse samt weiterer Vitaldaten über eine sichere Online-Verbindung an einen zentralen Server. Um die Anonymität der Patienten zu wahren, erhält die Datei lediglich eine Identifikationsnummer. Nahezu zeitgleich können die Kardiologen im

Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern online auf die Daten zugreifen und halten im nächsten Moment ein hochaufgelöstes Dokument in der Hand – statt die Lage wie bisher anhand schwer lesbarer Faxe oder fernmündlicher Schilderungen beurteilen zu müssen. Sowie die Diagnose feststeht, geben die Fachärzte eine Rückmeldung an das Rettungsteam und empfehlen die geeignete Klinik, entweder direkt per E-Mail oder aber binnen fünf Minuten per Telefon.

Schnelle Entscheidung, schnelle Therapie

Der Zeitgewinn ist entscheidend. Selbst im Krankenhaus sterben laut Deutscher Gesellschaft für Kardiologie bundesweit über sieben Prozent der Infarktpatienten. Deutlich bessere Überlebenschancen haben diejenigen, die innerhalb von 60 Minuten eine Reperfusionstherapie (PCI) erhalten. Diese Frist wird mithilfe der Telekonsile häufiger eingehalten. Die vorklinische Phase fällt kürzer aus, weil die Rettungsteams früher wissen, wo ihr Patient die adäquate Therapie erhält: am Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern, dem einzigen Haus mit Herzkatheterzentrum in der Region. Auch dort können sich die OP-Teams jetzt früher auf den Eingriff vorbereiten. STEMI-Patienten, die nach ihrer Ankunft in der Klinik bisher durchschnittlich 60 Minuten auf den Eingriff warten mussten, erhalten nun im Schnitt nach 45 Minuten eine PCI. Weniger dringende Fälle werden an andere Häuser verwiesen, sodass die Patienten insgesamt besser auf die vorhandenen Notfallstrukturen verteilt werden.

Seit Projektbeginn im Juli 2018 haben in der Westpfalz mehr als 400 Telekonsile die Arbeit der Rettungsteams unterstützt. In 60 Prozent aller Fälle wurde ein akutes Koronarsyndrom diagnostiziert, sieben Prozent dieser Patienten hatten zusätzliche Arrhythmien. Bis 2021 sollen kardiologische Telekonsile in der Notfallrettung landesweit etabliert werden.

PRESSEECHO

NRW erhöht den Kliniketat

Das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium will den Krankenhäusern des Landes im kommenden Jahr 760,6 Millionen Euro zur Verfügung stellen, das sind 39,4 Millionen Euro mehr als 2019. Das sieht der Haushaltsentwurf des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales für das Jahr 2020 vor. Bis zu zwei Millionen Euro fließen zudem in die Entwicklung des geplanten Facharztnetzes „Virtuelles Krankenhaus“. *Ärzte-Zeitung, 10. Oktober 2019*

Neubau für Anklamer Klinik

Das Ameos-Klinikum in Anklam (Mecklenburg-Vorpommern) wird ab 2020 ausgebaut und modernisiert. Das Land fördert einen Neubau neben dem bestehenden Klinikgebäude mit 25 Millionen Euro. Dort sollen die Chirurgie, die Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie und die Intensivstation einziehen, zudem sind eine neue Notaufnahme und eine Cafeteria geplant. Der bereits modernisierte OP-Bereich verbleibt im Altbau. *Ostsee-Zeitung, 30. September 2019*

Uniklinik Bonn mit Rekord

Das Universitätsklinikum Bonn hat das Jahr 2018 mit einem Ergebnis von 28,5 Millionen Euro abgeschlossen. Der historische Rekord geht unter anderem auf eine Rückzahlung vom Finanzamt von fast 21 Millionen Euro zurück. Doch auch die Fallzahlen sind gestiegen: Bei den ambulanten Behandlungen lag der Wert um 1,3 Prozent über dem Vorjahr, bei den stationären Leistungen gab es ein Plus von knapp neun Prozent. *Bibliomedmanager, 19. September 2019*

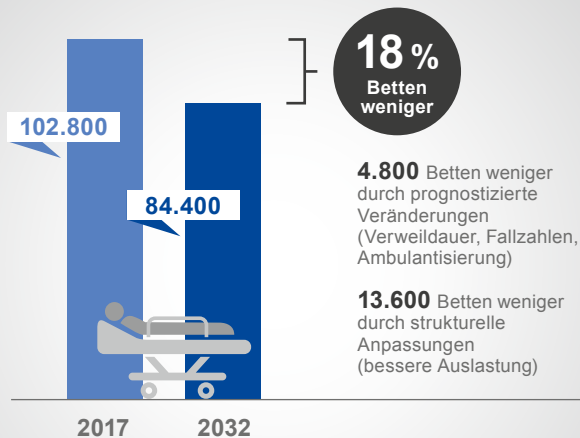
Krankenhausplanung

Neue Strukturen für NRW

Fast jedes fünfte Krankenhausbett in Nordrhein-Westfalen (NRW) könnte im Rahmen einer Strukturbereinigung der Kliniklandschaft überflüssig werden, so lautet die Kernaussage eines Gutachtens, das Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann veröffentlicht hat. Nach Ansicht der Autoren würden viele Klinikbetten schon dadurch entbehrlich, dass die Kapazitäten besser ausgelastet und die vergleichsweise hohen Verweildauern angepasst werden. Die Kliniken in NRW waren 2017 nur zu 76,9 Prozent belegt, damit liegt das bevölkerungsreichste Bundesland der Republik statistisch direkt vor strukturschwachen Regionen wie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz.

>> www.mags.nrw/krankenhausplanung

Hohes Potenzial für Bettenabbau



Durch medizinischen Fortschritt und strukturelle Verbesserungen können in NRW 18.400 Klinikbetten abgebaut werden.

Quelle: Gutachten Krankenhauslandschaft NRW, Grafik: AOK-Bundesverband

Zuschlag für 2020

Krankenhäuser erhalten 250 Millionen zusätzlich

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will den Kliniken im nächsten Jahr 250 Millionen Euro zusätzlich zukommen lassen. Dafür ist im Kabinettsentwurf zum sogenannten Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (FKG) vorgesehen, dass die Häuser für voll- und teilstationäre Behandlungen pauschal 0,3 Prozent mehr Geld erhalten, als die Abrechnung ergibt. Der Zuschlag solle etwaige nicht refinanzierte Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal ausgleichen, heißt es im Gesetzentwurf. Die Regelung gilt für das Jahr 2020. Damit kommen auf die gesetzlichen Krankenversicherungen etwa 225 Millionen Euro an Mehrausgaben zu. Für die privaten Kostenträger rechnet die Bundesregierung mit zusätzlich 17 Millionen Euro, die Beihilfe für die Beamten trägt acht Millionen Euro.

Landesbasisfallwerte

Erlöse fallen deutlich höher aus

Die Preise für Krankenhausleistungen (Landesbasisfallwerte ohne Pflegebudget) dürfen im nächsten Jahr um bis zu 3,66 Prozent steigen. Allein dadurch können sich die Klinik-erlöse um bis zu 2,2 Milliarden Euro erhöhen. Das ergibt sich aus dem Veränderungswert, der die Obergrenze für die jährliche Erhöhung der Landesbasisfallwerte bestimmt. Aufgrund der Meistbegünstigungsklausel orientieren sich die Krankenhausverhandlungen auch 2020 an der Entwicklung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (Grundlohnrate: 3,66 Prozent) und nicht am Orientierungswert (2,99 Prozent), der die Kostensteigerungen der Krankenhäuser und ein Volumen von nur 1,8 Milliarden Euro reflektiert. So erhalten die Kliniken abermals 400 Millionen Euro über den rechnerischen Bedarf hinaus.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

DREI FRAGEN AN ...

... **Dr. Stefan Poloczek**,
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
bei der Berliner Feuerwehr



Leitstellen mit „Luft nach oben“

Was bedeutet die kleinteilige Organisation des Rettungsdienstes für die Versorgungssicherheit?

Ich möchte die Verantwortlichen ermutigen, mehr über Kreisgrenzen hinweg zu kooperieren. Bei den Leitstellen gibt es in einigen Ländern Nachholbedarf. Beschaffung oder Datenauswertung im Qualitätsmanagement können länderweit durchgeführt werden, dasselbe gilt für die Umsetzung medizinischer Leitlinien. Es gibt gute Beispiele, aber es ist noch „Luft nach oben“.

Wissen die Einsatzkräfte, ob eine Klinik, etwa bei Herzinfarkt, leitliniengerecht behandeln kann?

Ich bin sicher, dass meine Kollegen das Mögliche tun, um Informationen über Strukturmerkmale wie Herzkatheterlabore bereitzustellen. Schwieriger ist es, die Qualität zu beurteilen. Wir wissen weder, ob leitliniengerecht behandelt wird, noch, wie die Prozesszeiten sind. Was nützt der zügige Transport in die nächste Klinik, wenn der Facharzt dort nur Rufdienst hat?

Wer sollte die Integrierten Notfallzentren planen?

Die einzelnen Sektoren der Notfallversorgung müssen besser verzahnt werden, deswegen ist die Planung aus einer Hand zwingend erforderlich. Das gilt auch für das Qualitätsmanagement. Patienten müssen sich auf gut integrierte Versorgungsstrukturen verlassen können. Deswegen sehe ich hier die Länder in der Pflicht.

Personalvorgaben I**Psychiatrien müssen aufstocken**

Für Kliniken der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und für psychosomatische Abteilungen gelten künftig verbindliche Anforderungen an die personelle Besetzung der Stationen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik beschlossen. Ab Januar 2020 müssen die rund 600 Krankenhäuser nachweisen, dass sie Mindestvorgaben für alle therapeutischen Berufsgruppen erfüllen. Andernfalls müssen sie mit Sanktionen rechnen. Besonders gestärkt hat der GBA die Therapie von Kindern und Jugendlichen, teilweise auch die pflegerische Betreuung. Darüber hinaus konkretisiert die Richtlinie mögliche Stationsgrößen und etabliert neue Therapieformen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Personalvorgaben II**Neue Untergrenzen für die Pflege**

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will die Untergrenzen für Pflegekräfte in einigen pflegesensitiven Bereichen verschärfen und für vier weitere Abteilungen erstmals pflegerische Betreuungsschlüssel einführen. So sollen ab 2020 die Anforderungen in der Kardiologie steigen, in der Intensivmedizin ab 2021. Für die Geriatrie und die Unfallchirurgie bleiben die Verhältniszahlen des Jahres 2019 erhalten.

TERMINE**5./6. November 2019
in Düsseldorf**

Health 2019 – Jahrestagung der Verlagsgruppe Handelsblatt

**18. bis 21. November 2019
in Düsseldorf**

42. Deutscher Krankenhaustag

11. Dezember 2019 in Berlin

Krankenhaus-Branchentreff 2019

12./13. Dezember 2019 in Berlin

14. Nationaler Qualitätskongress

ten. Neu hinzu kommen ab 2020 die Herzchirurgie, die Neurologie, Stroke-Units und die neurologische Frührehabilitation. Neurologische Kliniken und Stroke-Units dürfen außerdem in keiner Schicht Hilfskräfte geltend machen. In der Herzchirurgie sollen diese nur tagsüber angerechnet werden können.

Personalvorgaben III**Schonfrist für Perinatalzentren**

Ab Anfang 2020 sollten auf neonatologischen Intensivstationen die Personalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 1. Januar 2017 verbindlich werden – jetzt hat das Gremium die Übergangsfrist erneut verlängert. Dem neuen Beschluss zufolge können die Zentren nun bis Jahresende 2021 von den Vorgaben abweichen, sofern sie konkrete Maßnahmen vereinbaren, um die Anforderungen künftig zu erfüllen. Außerdem müssen die Kliniken den schichtbezogenen Personalschlüssel von 2020 bis zum Jahr 2022 nur zu 90 Prozent erfüllen, im Jahr 2023 zu 95 Prozent und erst ab Januar 2024 zu 100 Prozent. Darüber hinaus hat der GBA Ausnahmetatbestände definiert, die den Krankenhäusern auch nach Ablauf der Fristen erlauben, die Vorgaben zu unterschreiten. Dies sind krankheitsbedingte Personalausfälle, die über 15 Prozent des benötigten Personals hinausgehen, und unvorhersehbare Zugänge von mehr als zwei extrem früh Geborenen innerhalb einer Schicht.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

PERSONALIA**Ruth Hecker führt das APS**

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hat eine neue Vorsitzende. Die Anästhesistin Dr. Ruth Hecker, bisher stellvertretende Vorsitzende des Vereins, übernimmt dessen Leitung von Hedwig François-Kettner. Hecker wurde im September erste „Chief Patient Safety Officer“ am Universitätsklinikum Essen. Zuvor leitete sie dort die Stabsstelle Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement.

Lutz Stroppe berät Unternehmen

Der ehemalige Gesundheitsstaatssekretär Lutz Stroppe hat bei der Kommunikationsberatung Hering Schuppener angeheuert. Seit September verstärkt der 62-Jährige als „Senior Advisor“ das Team „Corporate-Affairs“ der Agentur. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte Stroppe im Mai 2019 nach fünfjähriger Tätigkeit in seinem Ministerium in den einstweiligen Ruhestand versetzt.

Christoph Vauth wechselt an die Spitze der AOK NordWest

Dr. Christoph Vauth wurde zum neuen stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der AOK NordWest gewählt. Der 43-jährige Gesundheitsökonom kommt von der Techniker Krankenkasse. Zusammen mit dem Vorstandsvorsitzenden Tom Ackermann bildet er ab November die Führungsspitze der regionalen AOK.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> **Infografiken**

>> Jahresabschlüsse

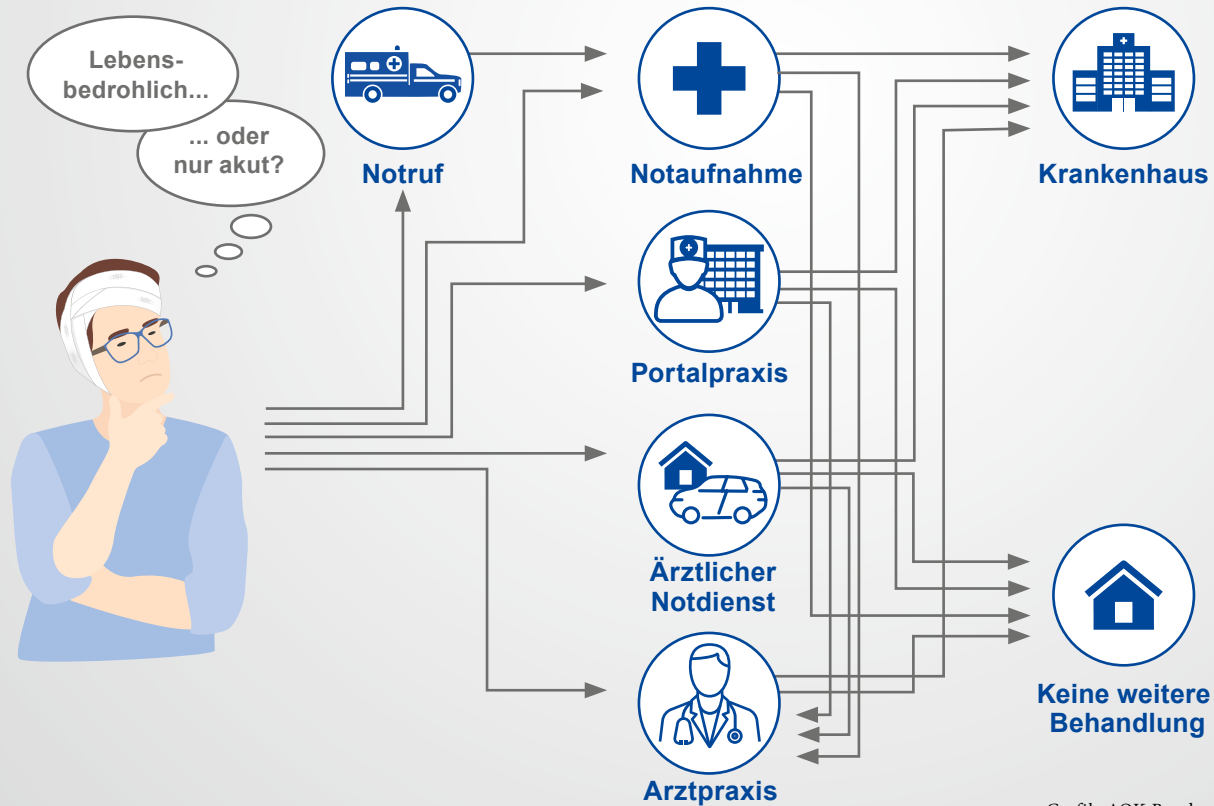
>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Fehlende Steuerung und falsche Anreize schwächen die Notfallversorgung



Grafik: AOK-Bundesverband

Notfallstrukturen am Kollaps

Dass die Glieder der Rettungskette besser verknüpft werden müssen, ist eine alte Forderung fast aller Akteure im Gesundheitswesen. Die Probleme beginnen bei der Ersteinschätzung: Menschen mit Beschwerden überschätzen oft ihren Behandlungsbedarf. Andere nehmen hohe Versorgungsstufen in Anspruch, weil sie ambulante Angebote nicht kennen. So stellen sich laut Deutscher Krankenhausgesellschaft jährlich 10,5 Millionen Menschen, viele ohne akute Beschwerden, in den Notaufnahmen der Kliniken vor. Auch die Rettungsdienste beklagen Einsätze ohne medizinischen Anlass. Hinzu kommen finanzielle Fehlanreize. Die Vergütungssystematik im Rettungsdienst induziert unnötige Krankentransporte. Gleichzeitig verzeichnet Deutschland eine im internationalen Vergleich beispiellose Anzahl an „notfallmäßigen Krankenhausaufnahmen“: Fast jeder zweite Besucher der Notaufnahme wird hierzulande zum stationären Fall, moniert der Sachverständigenrat. Schließlich beeinträchtigen organisatorische Mängel die Versorgungsqualität. Da den Leitstellen keine zuverlässigen Informationen zu Leistungsspektrum und Qualität der Kliniken vorliegen, werden auch bei Notfällen Verlegungen in andere Häuser nötig, wodurch Patienten wertvolle Zeit verlieren – mitunter die entscheidenden Minuten.

Illustration: Stockphoto