

Es ist gut, dass wir heute darüber sprechen.
Es ist gut, dass Sie sich kümmern.

Kurz zu mir

80er

- ▶ RettAss & Ausbilder
- ▶ Kaufm. Ausbildung
- ▶ Medizinstudium

90er

- ▶ Chirurgie / Unfallchirurgie
- ▶ ANR
- ▶ Luftrettung am CH 1
- ▶ Notarzt am NAW M-Mitte

2000er

- ▶ LMU-Professor für Notfallmedizin und Medizinmanagement
- ▶ Gründungsvorstand des INM Klinikum der Univ. München (ÄLRD/ TRUST/ PAD/ ATLS/ Traumaregister & -Netzwerke
- ▶ Vorstand der Claus-Enneker-Stiftung

2010er

- ▶ ab 2012 Krankenhausberater (Bereichsvorstand / Head of Healthcare Consulting eines großen internationalen Beratungsunternehmens
- ▶ Professur in Berlin
- ▶ Mitwirkung G-BA

Kurz zu mir

80er

- ▶ RettAss & Ausbilder
- ▶ Kaufm. Ausbildung
- ▶ Medizinstudium

90er

- ▶ Chirurgie / Unfallchirurgie
- ▶ Arbeitskreis Notfallmedizin
- ▶ Luftrettung am CH 1
- ▶ Notarzt am NAW M-Mitte
- ▶ Einführung automatisierte externe Defibrillation (AED)

2000er

- ▶ LIMO-Professor für Notfallmedizin und Medizinmanagement
- ▶ Gründungsvorstand des INM Klinikum der Univ. München (ÄLRD/ TRUST/ PAD/ ATLS/ Traumaregister & -Netzwerke
- ▶ Vorstand der Claus-Enneker-Stiftung

2010er

- ▶ ab 2012 Krankenhausbereiter (Bereichsvorstand / Head of Healthcare Consulting eines großen internationalen Beratungsunternehmens
- ▶ Professur in Berlin
- ▶ Mitwirkung G-BA

Kurz zu mir

80er

- ▶ RettAss & Ausbilder
- ▶ Kaufm. Ausbildung
- ▶ Medizinstudium

90er

- ▶ Chirurgie / Unfallchirurgie
- ▶ ANR
- ▶ Luftrettung am CH 1
- ▶ Notarzt am NAW M-Mitte

2000er

- ▶ LMU-Professor für Notfallmedizin und Medizinmanagement
- ▶ Gründungsvorstand des INM Klinikum der Univ. München (ÄLRD/ TRUST/ PAD/ ATLS/ Traumaregister & -Netzwerke Weißbuch „Schwerverletzte“)
- ▶ Herzinfarktnetzwerke
- ▶ > 400 Publikationen i. Kontext
- ▶ Vorstandsvorsitz der Claus-Enneker-Stiftung
- ▶ GF der Akademie der Unfallchirurgie | AUC

2010er

- ▶ ab 2012 Krankenhausberater (Bereichsvorstand / Head of Healthcare Consulting eines großen internationalen Beratungsunternehmens)
- ▶ Professur in Berlin
- ▶ Mitwirkung G-BA

Kurz zu mir

80er

- ▶ RettAss & Ausbilder
- ▶ Kaufm. Ausbildung
- ▶ Medizinstudium

90er

- ▶ Chirurgie / Unfallchirurgie
- ▶ ANR
- ▶ Luftrettung am CH 1
- ▶ Notarzt am NAW M-Mitte

2000er

- ▶ LIMO-Professor für
Notfallmedizin und
Medizinmanagement
- ▶ Gründungsvorstand des INM
Klinikum der Univ. München
(ÄLRD/ TRUST/ PAD/ ATLS/
Traumaregister & -Netzwerke
- ▶ Vorstand der
Claus-Enneker-Stiftung

2010er

- ▶ ab 2012 Krankenhausberater
(Bereichsvorstand / Head of
Healthcare Consulting eines
großen internationalen
Beratungsunternehmens)
- ▶ Professur in Berlin
- ▶ mehrere chefärztliche Interims
- ▶ Mitwirkung G-BA & SVR
- ▶ Strategieberatung
Notfallversorg./ Akutmedizin

Kurz zu mir

80er

- ▶ RettAss & Ausbilder
- ▶ Kaufm. Ausbildung
- ▶ Medizinstudium

90er

- ▶ Chirurgie / Unfallchirurgie
- ▶ ANR
- ▶ Luftrettung am CH 1
- ▶ Notarzt am NAW M-Mitte

2000er

- ▶ LIMO-Professor für
Notfallmedizin und
Medizinmanagement
- ▶ Gründungsvorstand des INM
Klinikum der Univ. München
(ÄLRD/ TRUST/ PAD/ ATLS/
Traumaregister & -Netzwerke
- ▶ Vorstand der
Claus-Enneker-Stiftung

2010er

- ▶ ab 2012 Krankenhausberater
(Bereichsvorstand / Head of
Healthcare Consulting eines
großen internationalen
Beratungsunternehmens
- ▶ Professur in Berlin
- ▶ Mitwirkung G-BA

10/2023

- ▶ Freiberuflicher Krankenhausberater (mit PwC)/ Senior Clinical Advisor
- ▶ Restrukturierung Notfall- & Akutmedizin / Patientensicherheit / risk mangement
- ▶ Healthcare Business Angel / Politikberatung / Autor
- ▶ weiterhin Ehrenamt Vorstand der Claus-Enneker-Stiftung | München

Ausgangssituation

[illegible][illegible]

Am Konsensus zum Eckpunktepapier beteiligten sich insgesamt 30 Fachgesellschaften/Institutionen/Organisationen. Die Zustimmungsrate entspricht mit 96,7 % einem starken Konsensus.

Ergebnisse. Das „Eckpunktepapier 2016“ enthält nun Empfehlungen zur notfallmedizinischen Strukturplanung und zum notfallmedizinischen Vorgehen gemäß den geltenden Leitlinien und Anforderungen an die geeignete Zielklinik. Zusätzlich zu den bisherigen Tracerdiagnosen Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Schwerverletzte/Polytrauma und ST-Hebungsinfarkt wurden in die Überarbeitung Empfehlungen zum plötzlichen Kreislaufstillstand und zur Sepsis aufgenommen. Betrachtet wurden jeweils die Prozessqualität der Rettungsleitstelle, Anforderungen für Diagnostik und Therapie durch Notarzt und Rettungsdienst, Einsatztaktik und Zeitmanagement, die klinische Erstversorgung in einem geeigneten Krankenhaus sowie Instrumente des Qualitätsmanagements.

Weg vom Prinzip „Kraft eigener Kompetenz-Zumessung“
hin zu definierten/ objektivierbaren Struktur-, Prozess- und Qualifikationsmerkmalen -> G-BA

Ausgangssituation



Weißbuch Schwerverletztenversorgung

3., erweiterte Auflage | 2019

Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland



4.2 Regionales TraumaZentrum DGU® (RTZ)

Allgemeine Charakteristika – RTZ

Regionale TraumaZentren (RTZ) haben die Aufgaben einer umfassenden Notfall- und Definitivversorgung von Verletzten unter Verhinderung ausreichender operativer und intensivmedizinischer Kapazitäten. In der Regel handelt es sich um Kliniken der Schwerpunktversorgung. Der gemeinsamen Ressourcen umfassen die jederzeit verfügbare Facharztkompetenz mit Weiterbildung in der Speziellen Unfallchirurgie sowie die regelmäßige Verfügbarkeit und Einbindung weiterer Fachdisziplinen. Die diagnostischen und therapeutischen apparativen Voraussetzungen müssen den Erfordernissen des Versorgungszentrums entsprechen. Ein Unterschied stellt sich zum überregionalen TraumaZentrum durch eine geringere Kapazität (ein Schwerpunktbehandlungsplatz) und durch eingeschränkte Möglichkeiten zur Behandlung besonders komplexer Verletzungen (z. B. frontale Außenverletzungen).

Aufgaben innerhalb des TNW – RTZ

Die Aufgabe des RTZ besteht in der umfassenden Notfall- und Definitivversorgung Schwerverletzter rund um die Uhr (24 Std./24h Tag), bei der der Akutbehandlungsbedarf bei lebensbedrohlichen Verletzungen besteht. Im RTZ die Voraussetzungen zur Definitivversorgung der meisten Verletzungen. Bei besonders komplexen Verletzungen wird die Transportfähigkeit in das nächste überregionale TraumaZentrum sichergestellt. Weiterhin übernimmt das RTZ Aufgaben bei der Bewältigung von Großschadensereignissen mit Bereitstellung von Behandlungskapazitäten. Je nach Verletzungsmuster muss das örtliche Team durch weitere externe Fachdisziplinen erweitert werden (erweitertes Schockraumteam).

Die Aufgaben werden wie folgt spezifiziert:

- Verfügbarkeit zur 24-stündigen Aufnahme und Versorgung von Schwerverletzten auch höherer Schweregrade
- Vorhaltung des Personals definierter weiterer Fachdisziplinen
- Verfügbarkeit zur MR- und Weiterbehandlung im Verbund mit den Lokalen und überregionalen TraumaZentren
- Beteiligung an der kontinuierlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung
- optionale Teilnahme an klinischen Studien

- Fortlaufende Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen externer und interner akkreditierter sowie speziell unfallchirurgischer Qualitätsbewertungsverfahren.

Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität – RTZ

- Klinik für Unfallchirurgie oder Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie
- 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Anästhesiologie
- 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Radiologie, wenn keine 24-stündige Anbindung an eine interventionelle Abteilung mit Genehmigung nach RIV besteht
- 24-stündige Verfügbarkeit: neurotraumatologische Kompetenz (Facharztstandort)
- 24-stündige Verfügbarkeit: geriatrische Kompetenz (Facharztstandort)
- 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme für die Versorgung Schwerverletzter
- 24-stündige Operationsbereitschaft zur definitiven Versorgung mindestens eines Schwerverletzten
- 24-stündige Vorhaltung entsprechender Intensivbehandlungs-kapazität

Jedes TraumaZentrum verfügt über ein mit allen Fachdisziplinen-Berufungsgruppen koordiniertes Stütz- und Schwerverletzten-Team (interdisziplinäre und interprofessionelle SOP Schockraum) mit Unterstützung der Veranlassung der Erstbehandlung von Schwerverletzten. Das Stütz-Team muss den Mitarbeitern in seiner aktuellen Version liegt vor. Die Mitarbeiter müssen mit dem Inhalt vertraut sein.

1a DGU Weißbuch Schwerverletztenversorgung | 3., erweiterte Auflage 2019

Personelle Ausstattung – RTZ

Ärztliche Leitungsbefugnis (Chefarzt, Ärztlicher Direktor, leitender Arzt) – RTZ

- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Mindestens die Hälfte der Zeit der ersten Weiterbildungsbeauftragten: Spezielle Unfallchirurgie
- Je nach Bedarf: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

Beamten im Schockraum – RTZ

- 1 Facharzt/Ärztin: Facharzt/Ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 1 Weiterbildungsbeauftragter in Orthopädie und Unfallchirurgie oder in Viszeralchirurgie/Anästhesiologie
- 1 Facharzt/Ärztin: Anästhesiologie bzw. Intensivmedizin (bzw. Facharzt/Ärztin)
- 2 Pflegekräfte: Schockraum
- 1 Pflegekraft: Anästhesie
- 1 Medizinisch-technische Fachangestellte (MTFA)

Erweitertes Schockraumteam (Anwesenheit innerhalb 30 Minuten) – RTZ

- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie (Chefarzt)
- Facharzt für Anästhesiologie (Chefarzt)
- Facharzt für Radiologie, wenn keine 24-stündige Anbindung an eine interventionelle Abteilung mit Genehmigung nach RIV besteht
- Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Chefarzt)
- Facharzt für Neurochirurgie
- Facharzt für Gefäßchirurgie
- 2 OP-Pflegekräfte

Futuristik

- Facharzt für Thoraxchirurgie
- Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
- Facharzt für URO
- Facharzt für Augenheilkunde
- Facharzt für Geriatrie
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Plastische Chirurgie
- Facharzt mit Zusatzweiterbildung Neurochirurgie
- Facharzt für Kinderchirurgie und/oder Facharzt für Pädiatrie

Räumliche Anforderungen – Regionales TZ

Notaufnahme

Im RTZ wird ein Schockraum mit einer ausreichenden Grundfläche (ca. 25m²) vorgesehen. Bei Notaufnahmen bzw. Notfällen ist in unmittelbarer Nähe des Schockraums eine Computertomographen-Untersuchung vorzusehen. Der Schockraum schließt in unmittelbarer Nähe die Notaufnahme, den Intensivstationenbereich, den radiologischen Abteilung und die Operationsabteilung ein. Für die optimale Erkennung und Behandlung von Verletzungen einschließlich Intensiv-ärztlicher Konsultationsleistungen muss ein Schockraum entweder eine Abgrenzung auf Basis von Ultraschall und Röntgen mit Möglichkeit zur bildgebenden Diagnostik (z. B. Thorax/Bauch- und Ultraschall) oder ein CT in unmittelbarer Nachbarschaft vorhanden sein. Die Ausgestaltung des Schockraums (Bereitstellung von z. B. Hilfe entsprechend der RUG-Systematik) erfolgt, im Schockraum ist die Vorhaltung aller für die unmittelbare Notfallversorgung erforderlichen Materialien/Instrumente, auch in allen Sonder-spezifischen Fällen, notwendig.

Operationsteilung

Für die Versorgung von Schwerverletzten muss ein bestimmter Operationsbereich zur unfallchirurgischen Versorgung bereitgestellt werden können.

Intensivstation

Im RTZ muss die Möglichkeit zur intensivmedizinischen Behandlung eines Schwerverletzten bestehen. Die Struktur und die Ausstattung einer Intensivstation sind entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in der aktuell gültigen Version zu gestalten. Weiterhin sind die Intensivstationen, entsprechend den jeweils gültigen OPS Katalog für die Intensivmedizinische Komplettbehandlung, anzuschließen.

1. Die im Schockraum vorgesehene Anzahl Orthopädie- und Unfallchirurgie-Ärzte ist in der Regel durch die Anzahl der Betten im Schockraum begrenzt. In besonderen Fällen kann die Anzahl der Betten im Schockraum durch die Anzahl der Betten im Intensivstationenbereich erweitert werden.

2. In einem RTZ sind mindestens zwei 24-stündige verfügbare Operationsteile vorzusehen, die in der Lage sind, die Versorgung von Schwerverletzten zu gewährleisten. Die Anzahl der Betten im Schockraum ist durch die Anzahl der Betten im Intensivstationenbereich begrenzt.

Weg vom Prinzip der eigenen Kompetenz-Zumessung hin zu definierten/ objektivierbaren Struktur-, Prozess- und Qualitätsmerkmalen -> G-BA

AWMF Register Nr. 187-023

publiziert bei:

 AWMF online
Der Verband der wissenschaftlichen Ärzte

Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung

S3-Leitlinie

der
Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. &
Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
und

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Kieferknochen-Geniathologie (DAKGG)
Deutsche Gesellschaft für Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRAC)
Deutsche Gesellschaft für allgemeine und Visuelle Chirurgen e.V. (DGAV)
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
Deutscher Gesellschaft für Chirurgen e.V. (DGCh)
Deutsche Gesellschaft für Fasziotransplantation und Funktionsrekonstruktion e.V. (DGf)
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGfG)
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Frauenheilkunde e.V. (DGfGf)
Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGfH)
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGfHNO)
Deutsche Gesellschaft für interventionalle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DGIR)
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGfKCh)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGfNC)
Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGfNR)
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. (DGfT)
Deutsche Gesellschaft für Transkatheterintervention und Interventionelle Radiologie e.V. (DGfTIR)
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungsmedizin e.V. (DGfV)
Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGNA)
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)
Deutsche Kiefergesellschaft e.V. (DGK)
Deutscher Berufsverband Rettungswesen e.V. (DBRW)
Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGfMKG)
Internationale Vereinigung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)

Versionnummer: 4.1
Erstveröffentlichung: 1992
Überarbeitung von: 12/2022
Nächste Überarbeitung geplant: 12/2027
AWMF Register-Nr.: 187-023
Klasse: S3

 **DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE**
DGU Deutscher Verband für
Unfallchirurgie und Orthopädie

[illegible][illegible]

Weg vom Prinzip der eigenen Kompetenz-Zumessung
hin zu definierten/ objektivierbaren Struktur-, Prozess- und Qualifikationsmerkmalen -> G-BA

Ausgangssituation



fact check welcome

Es braucht keine Anekdoten –
Wir wissen hier exakt worüber wir reden

Ausgangssituation



1. Zwischenfazit:
Die Versorgung von schweren Notfällen ist aktuell gesichert.

Aktive Netzwerkstrukturen und den Rettungsdienst zu den Tracern. Zielkliniken sind nicht Lindenberg.

fact check welcome

Krankenhausreform

Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland

Gibt's ein Problem?



Gibt's ein Problem?



Rettungsdienste

- ▶ Fachkräftemangel
- ▶ Low-Code-Problem
- ▶ Image-Problem
- ▶ SGB V
- ▶ §13 BtMG und §2a NotSanG
- ▶ Verweildauer im Beruf
- ▶ Digitalisierung
- ▶ Dichotomes Antwortverhalten
- ▶ Leitstellengrößen



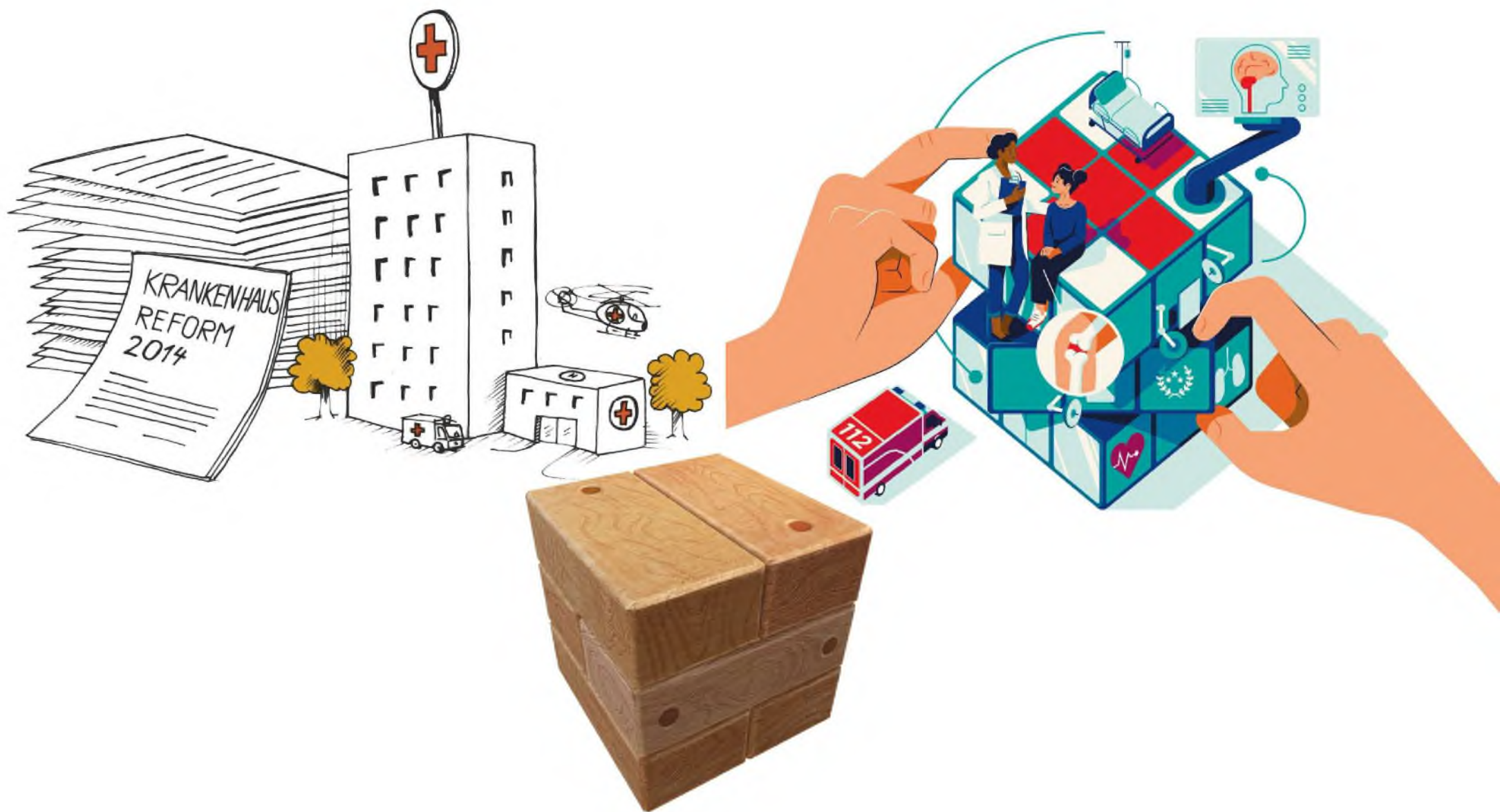
Niedergelassene

- ▶ Fachkräftemangel
- ▶ Low-Code-Problem
- ▶ Image-Problem
- ▶ Finanzierungsthemen
- ▶ MVZ-Gesamtkomplex
- ▶ BSG-Urteil zum ÄBD
- ▶ Crowding
- ▶ Resilienz der Bevölkerung



ZNAs in Kliniken

- ▶ Fachkräftemangel
- ▶ Low-Code-Problem
- ▶ Image-Problem
- ▶ Finanzierungsthemen
- ▶ (Over-)Crowding
- ▶ Exit-Block | Beobachtungsstation
- ▶ MD-Strukturprüfungen
- ▶ Verlegung nach Außen





11. KIM FRIEDRICH





Notfallreformgesetz: „Ein Integriertes Notfallzentrum unter fachlicher Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung ist inakzeptabel!“

14. JANUAR 2020



Politik Finanzen Perspektiven Klima Wissen Gesundheit Unterhaltung Panorama S

in » Gesundheit » News » Jens Spahn plant 112-Revolution: So will er Wartezeiten bei Notfällen verkürzen

Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung

Jens Spahn will in Kliniken die Wartezeiten bei Notfällen verkürzen

Lesen Pocket

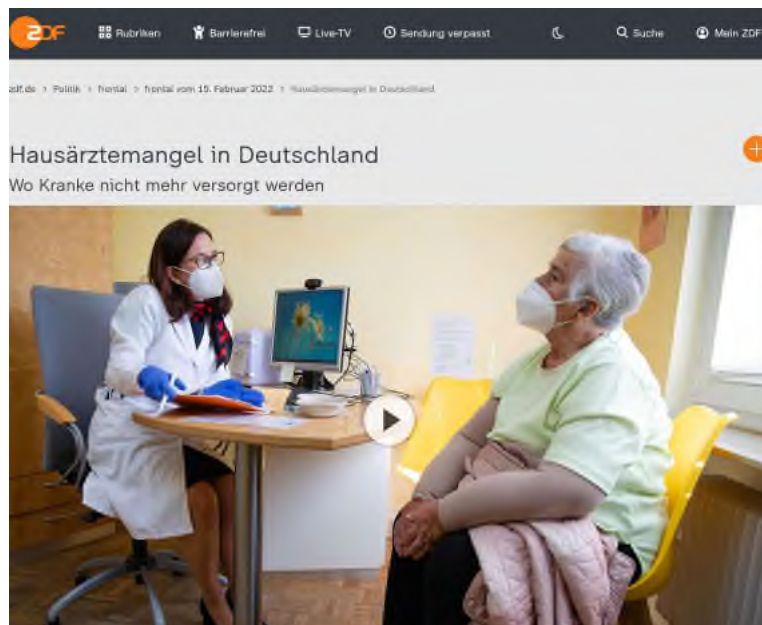


Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU)

Kay Nietfeld/dpa

Montag, 22.07.2019, 10:30

Die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) geplante Reform der Notfallversorgung nimmt einem Medienbericht zufolge Gestalt an. Nachdem Spahn bereits Mitte Dezember 2018 Grundzüge vorgestellt hatte, liegt nun ein Gesetzentwurf vor, berichteten die Zeitungen der Funke-Mediengruppe am Montag.



Jeder 3. Hausarzt (von 55.000) ist heute über 60 Jahre.
Jeder 7. Hausarzt ist über 65 Jahre.
Nicht wenige finden keine Nachfolger.
Bei Fachärzten sieht das Bild sehr ähnlich.
Die GenZ will lieber in einem MVZ arbeiten als in eigener Praxis.
Wenn ein Sitz nicht nachbesetzt werden kann, wo geht der Patient hin ?
In die Notaufnahme einer Klinik.
Themen der Niedergelassenen werden/sind also schon heute
zu Themen der regionalen Kliniken geworden.
Seitens Regulatorik gibt es auch hier bis dato kaum eine Antwort.

**Enneker-Forum-Falkenstein, ThinkTank
der Claus-Enneker-Stiftung**

Notfall Rettungsmed
DOI 10.1007/s10049-019-00650-1



Bei vielen Lektoren wird nicht akzeptiert, dass es sich um „fiktionalisierte“ Erzählungen handelt, die die tatsächliche Entwicklung der kar. Sozialen Bewegung oder durch Sozialpolitik von oben nicht widerspiegeln. Die „Fiktion“ wird als „Lüge“ angesehen, die die tatsächliche Entwicklung der kar. Sozialen Bewegung nicht widerspiegeln soll. Die „Fiktion“ wird als „Lüge“ angesehen, die die tatsächliche Entwicklung der kar. Sozialen Bewegung nicht widerspiegeln soll.

[illegible]

Die Leckspalten in der anionischen Bedienung der Zylinder-Lockker-Stufung sind

Tab. 3 zeigt, dass die mit 37,5% am meisten zur verstärkenden Neustrukturierung der Arbeitsverorgung in Deutschland diskutiert und nachfolgende Antworten mit der aktuellsten Formel abgefragt werden.

Antworten des Expertenforums

Verbindliche Kooperationen der Rettungs- oder integrierten Leitstellen und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes unter Beibehaltung der 112 und 1617

- [illegible]

Author's personal copy

Notfall+
Rettungsmedizin

* Springer's *Westlaw* Verfügen für JH: ein Text wird
beim ersten Mal nicht

Erineker-Forum-Hallenstein, ThinkTank der Claus-Erneker-Stiftung
 Arbeitskreis „Führung, Mitarbeiter, Gesundheitliche und ethische Aspekte“

Antworten auf die aktuellen Fragen zur zukünftigen notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland

Ergebnis der Expertentagung „Enneker Forum Falkenstein | 2019“

100

Reform der Notfallversorgung

Auszüge aus den „Antworten auf die aktuellen Fragen zur zukünftigen Notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland“ vom Eincker-Forum Falkenstein 2019

Vor dem Hintergrund der geschilderten tiefen Ruckbewegungen im Ballungsraum ist die Bedeutung der im April 1994 durchgeführten Volksbefragung im Hinblick auf die folgenden Zusammenhänge mit der Entwicklung, kontinuierlich und gerade in den letzten Jahren, im Verhältnis zu den regionalen Unterschieden in der Entwicklung zu betrachten:

- [illegible]

Die Politik ist nicht "schwarz-weiß", sondern hat viele Graustufen. Die Politik ist nicht "schwarz-weiß", sondern hat viele Graustufen. Die Politik ist nicht "schwarz-weiß", sondern hat viele Graustufen.

In der vorliegenden Studie wird der Nachhall von Musik in einem realen Lernumfeld

[illegible]

falls sich bei der Anwendung der Regeln ein Widerspruch ergibt, so ist die Annahme falsch, die zu dem Widerspruch führt. In diesem Fall ist die Annahme zu verwerfen. In jedem Fall ist die Anwendung der Regeln ein notwendiges Kriterium für die Richtigkeit der Anwendung der Regeln. Das heißt, dass die Anwendung der Regeln ein notwendiges Kriterium für die Richtigkeit der Anwendung der Regeln ist.

jedem zeitnaheben Kennt. Der Exporter
kann hat folgende Thesen aus ab-
gestellt: zitat aus dem Abschlusspaper
[1]:

F. b. und f. sind sehr verschieden besprochen worden. Es ist nicht selten, dass man f. als Fortsetzung von b. betrachtet, und dann die verschiedenen Bedeutungen von b. auf f. übertragen will. In der Regel wird f. als Fortsetzung von b. betrachtet, und dann die verschiedenen Bedeutungen von b. auf f. übertragen will.

Die Studie zeigt, dass die meisten Teilnehmerinnen eine positive Einstellung gegenüber der Schwangerschaft und Geburt haben. Die meisten Teilnehmerinnen sind auch bereit, eine Schwangerschaft zu planen und eine Geburt zu erleben. Die Studie zeigt auch, dass die meisten Teilnehmerinnen eine positive Einstellung gegenüber der Schwangerschaft und Geburt haben. Die meisten Teilnehmerinnen sind auch bereit, eine Schwangerschaft zu planen und eine Geburt zu erleben.

In der Anlage sind eine gemeinsame
Anlagekosten und ein Vertriebskosten zu
betrachten, die nur einmal zu be-
rechnen sind. Die Kosten der Vertriebs-
kosten sind nicht zu berücksichtigen, da
sie nicht zu den Kosten der Anlage ge-
hören.

- [illegible]

Zur Erhaltung der Weltkampfecke teilt man sich in die beiden Hälften auf.





EFT2023

TEGERNSEE 03.-05.VII



EFT2023

TEGERNSEE 03.-05.VII





https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/FK/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf&usg=AOvVaw3TDhMCXNTBjnyHrRg0H7C5&opi=89978449

**UND WAS HEISST
DAS NUN KONKRET ?**





RETTUNGSDIENST

- ▶ Diversifizierung vs. Mehrbelastung
- ▶ Höhere Bindung | längere Wege
- ▶ RTW statt RTW/NEF-Kombination
- ▶ Rettungseinsatzfahrzeug (REF)
- ▶ NotSan-/ REF-Indikationskatalog
- ▶ Gemeindenotfallsanitäter
- ▶ QM | Risiko-Management
- ▶ Eigenständige Leistung im SGB V



NOTARZTDIENST

- ▶ Transsektorale Digitalisierung
- ▶ Adjustierung und Reallokation
- ▶ Telenotarzt | low-code-Problem
- ▶ Satelliten-NAD-Standorte für Qualität
- ▶ QM | RM |
- ▶ Notfallregister „Evidenz vs. Eminenz“
- ▶ Qualitätsgetriebene Versorgung
- ▶ Leseberechtigung ePA für RD/NAD



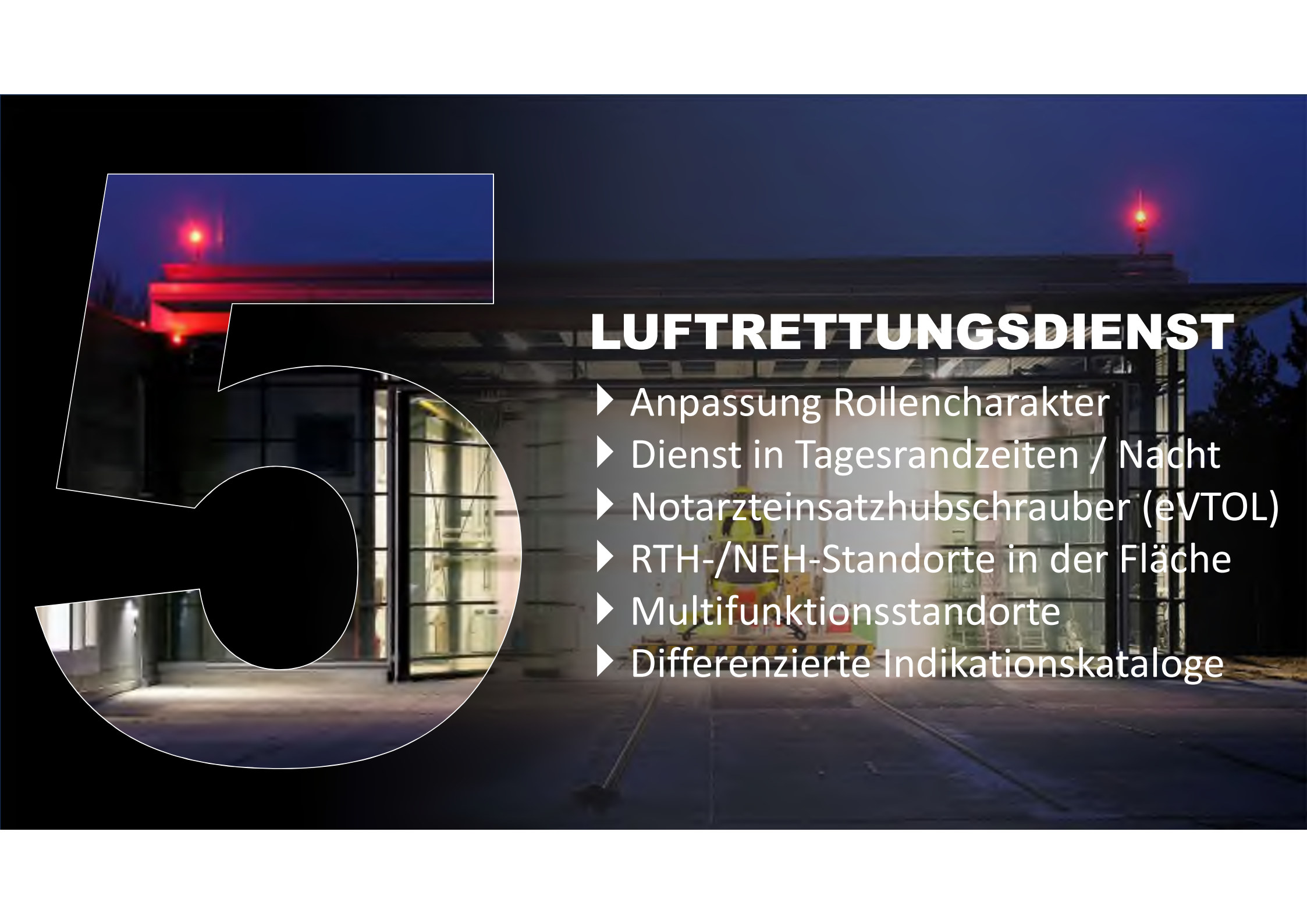
RD-PERSONAL

- ▶ Kompetenzpakete Notfallsanitäter
- ▶ Beteiligung REF/ GmdeNofSan
- ▶ Berufsbild Leitstellendisponent
- ▶ Telenotarzt
- ▶ Arbeitszeitmodelle | Karriereplanung
- ▶ Qualifikationsmix für Zufriedenheit
- ▶ Erhöhung der Verweildauer im Beruf
- ▶ Strategische Imagebildung



LEITSTELLEN

- ▶ Primat | Größe | Integration | Track
- ▶ Technische Integration
112 <-> 116 117 als digitaler Verbund
- ▶ Digitale Abfragesysteme | SNAP | KI
- ▶ Kein monofiles Antwortprofil („mehr Pfeile im Köcher“) / diff. Hilfsfristen
- ▶ Integrale Steuerung der präklinischen Gesundheitsdienstleister



LUFTRETTUNGSDIENST

- ▶ Anpassung Rollencharakter
- ▶ Dienst in Tagesrandzeiten / Nacht
- ▶ Notarzteinsatzhubschrauber (eVTOL)
- ▶ RTH-/NEH-Standorte in der Fläche
- ▶ Multifunktionsstandorte
- ▶ Differenzierte Indikationskataloge

NOTAUFNAHMEN

- ▶ Weniger Klinikstandorte
- ▶ „Systemrelevante Krankenhäuser“
- ▶ Eigene Facharztweiterbildung
- ▶ Kapazitätsnachweise | IVENA
- ▶ Prognosetools durch KI
- ▶ Satelliten-ZNAs | INZ | AmbZentren
- ▶ exit-block | Verlegung in Klinik
- ▶ Verlegung nach Außen



NIEDERGELASSENE

- ▶ Gezielte/geplante MVZ-Netzwerke
- ▶ Beteiligung an sektorenübergreifenden Akut-Ambulanz-Zentren
- ▶ Zusammenarbeit mit den neuen aufsuchenden Diensten
- ▶ Bedeutung Sicherstellungsauftrag ?
- ▶ Telekonsultation/ Tele-Hausarzt
- ▶ elektronische Patientenakte



BEVÖLKERUNG

- ▶ digital > ambulant > stationär
- ▶ Gesundheitskompetenz (Schulen)
- ▶ Resilienzbildung
- ▶ (Notfall-) Strukturen bahnen den Patientenweg und nicht der Markt
- ▶ Zugang zur Notfallversorgung einfach, niederschwellig, multichannel
- ▶ sektorenübergreifend

Es ist gut, dass wir heute darüber sprechen.

Es ist gut, dass Sie sich kümmern.

- es gibt derzeit keinen Grund dies als Krise der Notfallversorgung zu sehen
- es ist eine Entwicklung, welche der Grund für die Krankenhausreform ist
- analoge Entwicklungen sind derzeit an einer Reihe von Regionen zu diskutieren
- eine adhoc Finanzierung, ist im Moment strategisch nicht zielführend
es ist nicht die Aufgabe einer Kommune die Daseinsvorsorge zu finanzieren
- die Notfallversorgung sollte faktenbasiert angepasst werden

Brauchen wir eine Notaufnahme in Lindenberg ?

- strategisch braucht es vmtl. einen Anlaufpunkt für die Bevölkerung
- was bedeutet Anlaufpunkt (Bürger | Mitarbeiter (WB/G-BA) | Rettungsdienst)
- wer zahlt dafür ? (G-BA)
- für Entscheidungen braucht es Fakten.

Regelungen



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

in der Fassung vom 19. April 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAz AT 18.05.2018 B4
in Kraft getreten am 19. Mai 2018

zuletzt geändert am 20. November 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 24.12.2020 B2)
in Kraft getreten am 1. November 2020

Inhalt

I.	Allgemeine Vorschrift.....	4
§ 1	Ziel der Regelung.....	4
§ 2	Gegenstand der Regelung.....	4
II.	Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen	5
§ 3	Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen.....	5
§ 4	Spezielle Notfallversorgung.....	5
§ 5	Grundlagen des Stufenmodells	5
§ 6	Allgemeine Anforderungen an alle Stufen.....	6
§ 7	Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.....	6
III.	Anforderungen an die Basisnotfallversorgung	7
§ 8	Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung.....	7
§ 9	Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung	7
§ 10	Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung.....	7
§ 11	Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung.....	7
§ 12	Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung ..	8

Regelungen



des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

in der Fassung vom 19. April 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAAnz AT 18 05 2018 B4
in Kraft getreten am 19. Mai 2018

zuletzt geändert am 20. November 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 24 12 2020 B2)
in Kraft getreten am 1. November 2020

III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung

Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnehmen.

§ 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen mindestens über die **Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin am Standort.**

§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:

1. Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.
2. Der unter Nummer 1 genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind.
3. **Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.**
4. Das unter den Nummern 1 bis 3 genannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.

§ 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind.

§ 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

- (1) Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischem Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung.¹ Insbesondere die folgende medizinisch-technische Ausstattung ist am Standort vorzuhalten:
 - ein Schockraum und
 - **24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung**, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24 Stunden) sichergestellt wird.
- (2) Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten von dem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftwege, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports.

Was kann ich Ihnen heute raten ?

- es gibt heute keinen Grund für zeitkritische Entscheidungen
- System für schwere Notfälle steht über den Rettungsdienst und netzwerkgeführte Zielkliniken in der Region auf sicheren Beinen
- Fakten leiten Entscheidungen (liegen vor oder auf dem Weg)
- die Notfallversorgung sollte faktenbasiert angepasst werden

Was kann bis dahin (strategische Entscheidungen) passieren ?

- Dynamischer Prozess unter Beobachtung
- Wartezeiten in den Notaufnahmen werden länger werden
- 5-6 Notärzte am Standort Lindenberg stabil ? -> adhoc: LNA-Gruppe
- Fahrzeiten länger -> adhoc: zusätzlicher 2. NA (LNA-Gruppe + ELRD)
- Handlungsfähigkeit wegen Personalabgängen ist zu beobachten (TaskForce?)

A blurred landscape photograph showing a rainbow in the sky above a field of yellow and green vegetation. The text "Ich danke Ihnen." is centered in the middle of the image.

Ich danke Ihnen.

