

Zukunft des Rettungswesen

10. Berliner Rettungsdienst-
Symposium

25 Jahre AG Notarzt Berlin

Berlin 28.11.2009

Kosten des Rettungsdienstes

- GKV – Budget
- 165 Milliarden / Jahr
- Ausgaben für den RD
1 – 2 %
- Budget für den
Rettungsdienst 1,6 –
3,2 Milliarden

Was gibt es dafür ?

Leistungen des Rettungsdienstes

- Ca. 8 – 10 Millionen Fahrten pro Jahr
- Ca. 5 Millionen Notfalleinsätze
- Ca. 2,5 Millionen Notarzteinsätze

300 Eur pro Bürger und Jahr

Rettungsdienst 365 Tage jederzeit verfügbar

Ausgangsbedingungen

- Ältere, multimorbide Notfallpatienten
- Neue wissenschaftliche Empfehlungen verlangen zeitkritischere Versorgung
- Wandel des Einsatzspektrums
- Veränderung des KV – Bereitschaftsdienstes
- Kürzere Liegedauer in der Klinik

Ausgangsbedingungen

- Abnahme der Akutkliniken in den nächsten Jahren
- Verlängerung der Primärtransporte
- Zunahme der – akuten intensiv-
medizinischen – Sekundärtransporte zur
definitiven Therapie
- Regionaler NA - Mangel

Zentrale Frage

Passen zu diesen Fakten
unsere
derzeitigen Rettungsdienst –
Strukturen ?

Eckpunktepapier

Notfallmedizinische
Versorgung
der Bevölkerung
in Klinik und Präklinik

Agswn, BAND, INM, BÄK, DIVI, FG, HiORG, SKRD

Krankheitsbilder

- Zeitfaktor nach Notruf

- Infarkt
- Insult
- SHT
- Polytrauma
- 90 min bis zur PTCA
- 90 min bis zur Entscheidung Lyse (120 min bis zur Lyse)
- 90 min bis zu OP-Beginn (60 min bis CT)
- 90 min bis zu OP-Beginn (60 min bis ZNA)

Eckpunktepapier

Definitive klinische Therapie
bei wesentlichen
notfallmedizinischen Krankheitsfällen
muss nach höchstens
90 min beginnen

Zeitkontingent Präklinik

- Notrufmeldung
- Eintreffen Einsatzort
- Erstdiagnostik und Therapie
- Transport zur nächstgelegenen, geeigneten Klinik

60 min

Beginn stationäre Diagnostik und Therapie

Spätestens 60 min
nach Notrufeingang

Zeitfenster für Kliniken bei definierten Krankheitsbildern

30 min bis zum
Interventionsbeginn

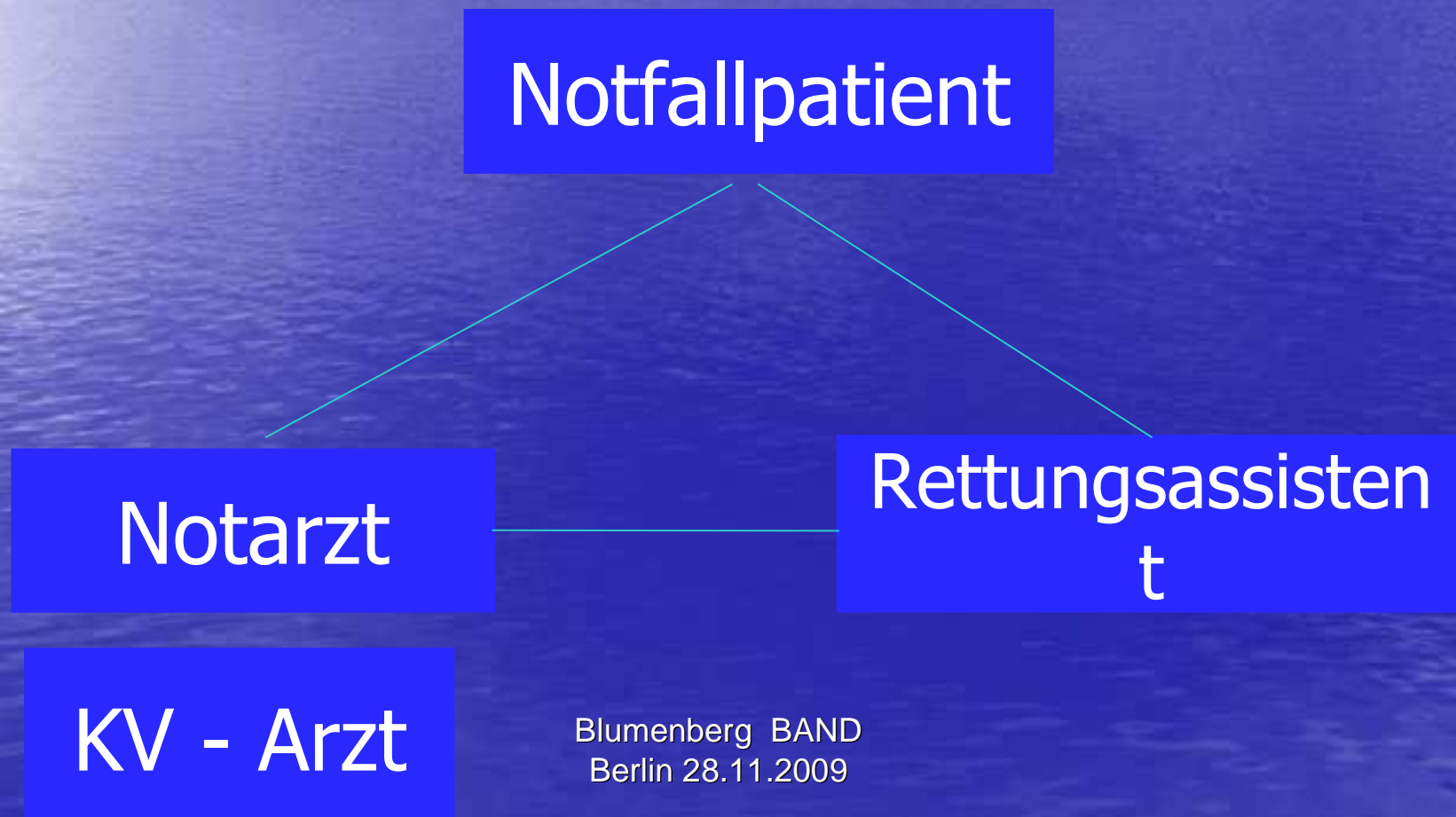
Fragen

- Ist der Rettungsdienst auf diese Herausforderung vorbereitet ?
- Sind die Kliniken in 30 min vom Rettungsdienst zu erreichen ?
- Sind die Kliniken auf diese Herausforderung vorbereitet ?

Überprüfung auf regionaler Ebene

- Standorte der Rettungsmittel
- Standorte der 24 h an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken
- Goldstandard setzt Hessen
- Welche Kliniken müssen erhalten bleiben zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung ?

Spannungsdreieck



Problemfelder KV - Bereitschaftsdienst

- Erwartungshaltung der Patienten
- Vergrößerung der KV – Bereitschaftsdienst
- Bezirke
- Psychosoziale Notfälle
- Patientenverfügung
- Palliativmedizinische Versorgung
- Einsatzübernahme durch Notarzt

Folgen

- KV – Arzt
- Notarzt
- Rettungsassistent
- Patient mit Ischialgie
- Patient mit Schmerzen – palliative Therapie
- Reanimation ohne Arzt

Notfallmedizin paradox

Grundsatz de Notfallmedizin

**Der richtige Arzt
zum
richtigen Notfallpatienten**

Konsequenzen

- 1 Notrufnummer
- Europäische Notrufnummer 112
- Integration des KV – Bereitschaftsdienstes in die Rettungsleitstelle
- EDV-gestützte Notfallabfrage
- Schulung des Personals
- Führung der KV – Ärzte über RLSt

Mangel an Rettungsassistenten

- Kurzfristig nein
- Längerfristig ja
 - Abwärtsspirale der Vergütung
 - Geburtenschwächere Jahrgänge
 - Fehlende berufliche Aufstiegs-
möglichkeiten

Verbesserung der Ausbildung der „neuen“ RA

- Konsensus-Papier der Ständigen Konferenz für den Rettungsdienst
 - 3-jährige Ausbildung
 - Durchlässigkeit zu anderen Gesundheitsberufen
 - Modulblöcke Theorie und Praxis
 - Integration der RS – Ausbildung
 - Staatliche Abschlußprüfung

Sachverständigen-Gutachten Gesundheit

- 3 – Stufung der Aufgabenbewältigung und Verantwortung
- Ausschließliche ärztliche Tätigkeiten
- Tätigkeiten im Rahmen der Delegation
- Eigenverantwortliche Tätigkeiten

Ampelschema

Blumenberg BAND
Berlin 28.11.2009

Struktur der neuen Ausbildung

- BMG
 - Gesamt 4.500 h
 - Theorie 1.500 h
 - Praxis 3.000 h
- BAND
 - 4.600 h
 - 2.100 h
 - 2.500 h
 - OTA 1.600 h
 - Pflege 2.100 h

Struktur der neuen Ausbildung

- BMG
- Lehrrettungs-
wache 2.020 h
- Klinik-Praktikum
770 h
- BAND
- 1.200 h
- 1.300 h

Mangel an Notärzten

- Absoluter Mangel ?
- Regionaler Verteilungsmangel ?

Notarztversorgung

- 1984 – 2009
- NA – Standort in D
- Pro Standort
- Überangebot an NA in großen Kliniken
- > 40.000 Ärzte in NA – Kursen
- ca 2.000
- 20 Ärzte
- Mangel an NA in der Fläche

Lösungsmöglichkeiten - Gestellungsmodelle

- Klinikärzte
- Satelliten – Standorte
- Direktanstellung beim Träger
- Nebentätigkeit
- Honorarärzte
- Niedergelassene, geeignete Ärzte bs. in ländlichen Gebieten
- Luftrettung

Vergütung Notarzt I

- Sachsen
 - ca 180 EUR / 24 h
- Saarland
 - 380 – 450 EUR / 24 h
- Bayern
 - 8 – 20 h 5,30 EUR
 - 20 – 8 h 9,40 EUR
 - BD – Vergütung
 - plus Einsatz

Vergütung Notarzt II

- Thüringen
- Sachsen - Anhalt
- Schleswig – Holstein
- Niedersachsen
- 500 – 1.000 EUR / 24 h

Bewertung und Konsequenzen

- NA – Dienst ist regional ein Nachfragemarkt der Träger des RD (TdR)
- Gefahr der Gehaltsspirale nach oben
- Gefahr der gegenseitigen Abwerbung von NÄ
- Dringender Gesprächsbedarf zwischen TdR, Kassen und Kliniken / Notärzten über adäquate Vergütung

Sicherstellung der notärztlichen Versorgung

- Aufgabe des Trägers des Rettungsdienstes
- Klassisches Organisationsverschulden

Umsetzung ?

.... eigentliche Tätigkeit des Notarztes
am Notfallort als
Kern des staatlichen Auftrages der
Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr.

OLG Nürnberg 2001

Staatliche Daseinsfürsorge

Juristische Vorgaben

- BGH – Rechtssprechung
 - Anspruch auf fachärztliche Versorgung
- SGB V
 - Ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich

Qualität der Versorgung
Sicherheit des Patienten

Reanimation Bonn – Birmingham

- Fischer AINS 2003

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| ● Bonn | ● Birmingham |
| ● Entlassungsrate
14,7 % | ● Entlassungsrate
3,2 % |
| ● Kosten/h RMV
57,56 DM | ● Kosten/h RMV
69,43 DM |

QS – Auswertung national

- DGAI Reanimationsregister
- DGU Traumaregister
- ADAC Luftrettung punktuell

Es fehlen Strukturen und damit
(Referenz) - Daten

Qualitätsmanagement

- Internes QM zwingend
- Datenerfassung mit MIND
- Einhaltung der Strukturzeiten (95 %)
- Prozessqualität für die 4 Tracerdiagnosen
- Ergebnisqualität
 - MEES
 - Reanimationsregister
 - Traumaregister

Resümee

- Die meisten Bundesländer haben keine externe Auswertung
- Jeder Standort kann seinen eigenen Standard selbst definieren
- Bundesauswertung nicht möglich
- Ergebnisqualität des Gesamtprozesses Präklinik – Klinik – Entlassung nicht möglich

Externes Qualitätsmanagement

- Mindestens auf Landesebene
- Goldstandard Baden – Württemberg
- Ansiedlung bei der Ärztekammer
- Anonymisierte Auswertung
- Definition von Qualität/Standard durch Experten
- Landesweites Benchmarking

Institutionalisierung ÄLRD

- Aufgabenspektrum lt. BÄK
- Grundvoraussetzung für qualitätsgesicherten Rettungsdienst
- Grundvoraussetzung für erweitertes Tätigkeitsspektrum der RA

ÄLRD

- Hessen
- Mecklenburg – Vorpommern
- Bayern
- Niedersachsen
- Derzeit vorn
- Reduktion in Diskussion
- Ehrenamtliche ÄLRD
- Neue Lösung

ÄLRD

- Hessen
- 6 Mill Bevölkerung
- Gesamtzahl ÄLRD
12,5
- 1 : 485.000
- Niedersachsen
- 8 Mill Bevölkerung
- Gesamtzahl ca 22
- 1 : 384.000

Zusammenfassung

- Notfallmedizinische Rahmenbedingungen haben sich geändert / werden sich weiter ändern
- Regionaler NA - Mangel
- Personalkosten werden steigen
- Standardisierung / Reduzierung von Hardware
- Derzeit weitgehender Mangel externer

Qualitätssicherung

Blumenberg BAND
Berlin 28.11.2009

Zusammenfassung II

- Regionaler NA - Mangel
- Regionale Vernetzung der NA – Standorte
- Intelligente Verteilung von NÄ auf NA – Standorte
- Adäquate Vergütung der NÄ
- Ev. Vergütungsregelung mit den Kassen auf Landesebene

Zusammenfassung - Umsetzung !

- Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen ist Landesaufgabe
- Landesgesetzgebung gefordert
- Krankenhausplanung