



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 4, 2022

Notfallversorgung und Rettungsdienst

Status-quo-Beschreibung, Defizitanalyse
und Reformvorschläge

- Ausgeprägte Partikularinteressen führen zu Defiziten in der Versorgung und verhindern notwendige Reformen
- Im Ausland gibt es hinsichtlich Strukturierung, Organisation und der kohärenten Systemausgestaltung oft bessere Lösungen
- Ein Paradigmenwechsel ist erforderlich: Nicht die schnellste, sondern die leitliniengerechte Versorgung muss das Ziel sein
- Eine bundeseinheitliche Digitalisierungsoffensive wird benötigt
- Es braucht eine einheitliche Qualitätssicherung in der Notfallversorgung und die Festlegung und Harmonisierung anerkannter Mindeststandards im Rettungswesen
- In den Notaufnahmen sollten die Entscheidungen über den geeigneten Behandlungsweg ausschließlich vertragsärztlich getroffen werden

Autoren



Dr. med. Christian Hermanns
Arzt und Journalist
ch@christianhermanns.com



Dr. Jan Böcken
Senior Project Manager
jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

Mehr als 30.000-mal pro Tag werden Notfallsanitäter und Notärzte in Deutschland mit Blaulicht zu Akut-Erkrankten oder Schwerverletzten gerufen. Damit sie so schnell wie möglich bei den Patienten sein und diese versorgen können, wird ein umfangreiches System an Leitstellen, Wachen, Fahrzeugen, Organisation und Personal vorgehalten. Ein Netz von Krankenhäusern mit Notaufnahme soll eine fachgerechte Weiterbehandlung gewährleisten. Das ist die Notfallrettung. Bei leichteren akuten Erkrankungen oder Verletzungen sollen die Bürgerinnen und Bürger hingegen von niedergelassenen Ärzten oder dem kassenärztlichen Notdienst versorgt werden.

Mit diesen sich ergänzenden Systemen aus Rettungsdienst und Notfallversorgung einerseits sowie Versorgung durch niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner andererseits betreibt Deutschland einen, auch im internationalen Vergleich, hohen Versorgungsaufwand. Aber: Ist dieses Modell wirklich so effektiv, wie oft behauptet wird? Und wird damit auch eine bundesweit gleichbleibende, hohe Versorgungsqualität gewährleistet? Oder kann dieser Anspruch schon deshalb nicht eingelöst werden, weil eigentlich nur wenige Fachleute hierzulande die Abläufe und Strukturen im Hintergrund verstehen und gestalten?

Bei näherer Betrachtung bedürfen die Strukturen tatsächlich einer umfassenden Überarbeitung. Die Reform der Notfallversorgung in Deutschland ist sogar dringend geboten. Doch diese Neuordnung ist bisher nicht gelungen. Zwei Gesetzentwürfe der Bundesregierung sind gescheitert. Die Positionen der wichtigsten Beteiligten lagen zu weit auseinander. Und schon immer gab es in der Notfallversorgung durch den Föderalismus einen Flickenteppich an Regelungen. Die Partikularinteressen der jeweils Beteiligten bewirken Insellösungen und blockieren notwendige Entwicklungsschritte, obwohl die Notfallversorgung fraglos ein zentraler Baustein einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung ist.

Bestandsaufnahme durch Studie und Expertenrunde

Die Bertelsmann Stiftung und die Björn Steiger Stiftung haben deshalb ein Expertenteam der Universität Maastricht unter der Leitung von Prof. Thomas Krafft beauftragt, zum deutschen System aus Rettungsdiensten, Notfallpraxen und Krankenhaus-Notaufnahmen eine Bestandsaufnahme zu machen, Mängel in Abläufen, Organisation und Zusammenarbeit zu benennen und Lösungsansätze zu beschreiben.

Zusätzliche Impulse brachte eine Runde aus Entscheidungsträgern und Fachleuten der in Deutschland für die Notfallversorgung verantwortlichen Institutionen. Sie waren von der Bertelsmann Stiftung eingeladen worden, in einem geschützten Raum über Reformansätze zu diskutieren, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen tatsächlich umsetzbar erscheinen.

Die wissenschaftliche Studie und die Expertenrunde ergänzen einander. Die Universität Maastricht bringt die wissenschaftliche Außen-sicht auf das deutsche System unter Einbeziehung internationaler Benchmarks ein, die Expertenrunde die Innensicht von Akteuren, die gestaltend für ihre Institutionen das System mittragen.

Fazit der Studie aus Maastricht: Im Bereich der Notfallversorgung fehlt ein grundlegendes Maß an Transparenz, die notwendig ist für Qualitätssicherung und evidenzbasierte qualitätsverbessernde Maßnahmen. Mit anderen Worten: Aktuell könnte wohl niemand sagen, ob der Aufwand, der in Deutschland für die Versorgung von Akut-Erkrankten und Schwerverletzten betrieben wird, tatsächlich überall die gewünschten Versorgungsstandards und Patientenoutcomes gewährleistet. Und solange die Frage nach der Effizienz und Effektivität nicht beantwortet ist, lassen sich die Stellschrauben der Notfallversorgung kaum richtig justieren.

Als grundlegende Probleme, mit denen in der Notfallversorgung gekämpft wird, nennt die Studie unter anderem die steigenden Fall- und Einsatzzahlen sowie die unzureichende, unein-

heitliche und intransparente Steuerung der Patienten. Andere Fragen lauten: Was ist ein Rettungseinsatz und welche (sozial-)medizinischen Aufgaben sollen oder müssen übernommen werden? Wo könnten die Akteure der Notfallversorgung sektorenübergreifend besser vernetzt sein? Wie kann das Zusammenwirken mit anderen Diensten der Gefahrenabwehr gestärkt werden, ohne dass Partikularinteressen einzelner Dienste die übergeordnete Zusammenarbeit behindern? Und wie kann das Arbeitsumfeld insbesondere für das nichtärztliche Personal so attraktiv gestaltet werden, dass dem besorgniserregenden Fachkräftemangel entgegengewirkt wird?

Defizite auf allen Ebenen der Versorgungskette

Am Anfang eines jeden Notfalleinsatzes stehen der Notruf und die Kompetenz der Leitstellen. Die Autorinnen und Autoren der Universität Maastricht weisen darauf hin, dass Deutschland hier im internationalen Vergleich schon lange nicht mehr mit der Entwicklung Schritt hält. Das gelte sowohl für die notwendige operative Größe und Leistungsfähigkeit als auch für Technologie und operative Kompetenz. Bei mehr als 230 Leitstellen hierzulande gebe es sicher ein paar Dutzend, die den internationalen Vergleich nicht scheuen müssten, aber diese seien Inselösungen. Hinzu komme, dass im Gegensatz zur sehr bekannten Notrufnummer 112 nicht mal ein Viertel der Menschen wisse, an wen sie sich im Fall einer akuten, doch nicht lebensbedrohlichen Gesundheitslage wenden sollten.

Die Leitstellen sollten – so das Ergebnis der Analyse – technologisch und operativ nach bundesweit einheitlichen Standards ausgebaut und sektorenübergreifend ausreichend vernetzt werden. Dazu gehöre auch die Gewährleistung operativer Mindestgrößen und die umfassende Einbindung von Telemedizin. Die bundesweit einheitliche Anleitung für Sofortmaßnahmen und Laien-Reanimation per Telefon sowie die rettungsdienstliche Disposition und Patientensteuerung auf der Grund-

Zielbilder und Good & Best Practice



Notfallsituation

- 🎯 Stärkung der Gesundheits(system)kompetenz
- 👍 Kommunales Training Erste Hilfe
- 👍 Smartphone-Disposition Freiwilliger

Leitstelle

- 🎯 Gesundheitsleitstelle als (virtueller) Single Point of Contact
- 🎯 Standardisierte & strukturierte Notrufabfrage
- 👍 Künstliche Intelligenz
- 👍 Transparenz über Leistungsindikatoren der Leitstellen
- 👍 Videogestützte Notrufe und telefonisch angeleitete Reanimation

Versorgung am Notfallort

- 🎯 Einheitliche Qualifikation und Handlungskompetenzen
- 🎯 Umfassende Telenotarzt-Systeme
- 👍 Standardverfahren zur Einhaltung der Patienten- und Versorgungssicherheit

Versorgung während des Transports

- 🎯 Einheitliche Planungsparameter für leitliniengerechte Versorgung
- 🎯 Sozialmedizinische & psychosoziale Rettungsdienst-Kompetenz
- 👍 Spezialisierte Rettungsmittel
- 👍 Point of Care Testing

Weiterführende Versorgung des Notfalls

- 🎯 Sektorübergreifende Versorgungsformen
- 👍 Optimierung klinischer Logistik (z. B. Flowmaster)
- 👍 Interdisziplinärer Versorgungsnachweis
- 👍 Community Health Nurse

Systemische Rahmenbedingungen

- 🎯 Einheitliches Zielbild Rettungswesen / Notfallversorgung
- 🎯 Evidenzbasierte Mindeststandards
- 🎯 Einheitliche Digitalisierungsinitiative
- 🎯 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- 🎯 Vernetzung Public Health, Public Safety, Health Care
- 👍 Transparente Reporting-Systeme
- 👍 Bundesweite Qualitätskriterien
- 👍 Digitalisierung

Abbildung 1 | 🎯 Ziel 🤝 (inter-)nationale Good & Best Practice

lage standardisierter und strukturierter Notruf-abfragesysteme seien dabei ein zentraler Baustein für eine umfassende Qualitätssicherung im Interesse einer patientenzentrierten Versorgung.

Für den Rettungsdienst selbst wird festgestellt: Obwohl die notärztliche Beteiligung im Selbstverständnis der deutschen Notfallmediziner ein zentrales Element der Notfallversorgung ist, sei es bisher nicht gelungen, eine bundesweit einheitliche Qualität bei Ausbildung und Kompetenz durch Einsatzerfahrung zu gewährleisten. Der in einzelnen Regionen bereits erkennbare Personalmangel bei Notärzten verschärfe diese Situation weiter. Daher sei es notwendig, die fachlichen Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern weiter zu stärken und ein fachliches Umfeld zu schaffen, in dem sie weitergehende, auch invasive Maßnahmen regelmäßig, rechtssicher und eingebunden in ein umfassendes

Qualitätssicherungskonzept durchführen können. Zu den Rettungsmitteln heißt es in der Studie aus Maastricht: Um Rettungsressourcen adäquat einzusetzen, sei eine Erweiterung der bisher überwiegend binären Struktur aus Rettungs- und Krankentransportwagen erforderlich sowie eine optimierte Einsatzsteuerung.

Für die schnelle und qualifizierte Zuweisung einer Patientin oder eines Patienten in ein geeignetes Krankenhaus wird von den Fachleuten aus Maastricht die Nutzung intelligenter Steuerungssoftware empfohlen. In einigen Bundesländern seien bereits gute Erfahrungen mit Systemen gemacht worden, die eine schnelle und kontinuierliche Kommunikation über freie Versorgungskapazitäten sowie Möglichkeiten zur Voranmeldung von Patienten, zur Dokumentation des Einsatzes und zum Austausch von Daten bieten. Allerdings sei bei den eingesetzten Systemen das technische und operative Potenzial noch nicht einmal ansatzweise ausgeschöpft. Auch hier ist zu befürchten, dass keine bundesweit einheitliche Lösung gefunden werde, da parallel weitere Bundesländer alternative Systeme entwickelten.

Optimierung der Versorgung stößt immer wieder an Grenzen

Während Notruf, Leitstellen, Personal und Fahrzeuge von den Expertinnen und Experten jeweils als eigene Bereiche untersucht werden konnten, sind Vernetzung, Digitalisierung und Qualitätsmanagement übergreifend und beeinflussen gleichzeitig alle Komponenten der Versorgung. Aber schon die vielen unterschiedlichen Soft- und Hardware-Lösungen verhindern eine Vernetzung innerhalb der Notfallversorgung sowie mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Damit fehlt eine wesentliche Datengrundlage für die kontinuierliche Optimierung der Notfallversorgung.

In zahlreichen Forschungs- und Modellprojekten werden derzeit Möglichkeiten der Verbesserung von Rettungssystemen untersucht (z.B. Telemedizin, Gemeindenotfallsanitäter, Einbeziehung von Notfallpraxen, Künstliche Intelligenz). Trotz weitgehender Förderung durch öffentliche Mittel fehle eine bundesweite Dokumentation, die nach einheitlichen Standards Methodik und Ergebnisse transparent dokumentiere und damit auch verhindere, dass die gleichen oder weitgehend ähnlichen Fragestellungen in verschiedenen Bundesländern immer wieder aufs Neue untersucht würden.



Thomas Lemke
Deutsche Krankenhausgesellschaft und SANA Kliniken

Drei Fragen an Thomas Lemke

Wie könnte die Übergabe der Patienten vom Rettungsdienst an die Krankenhäuser noch verbessert werden?

Erstens brauchen wir eine viel stärkere, digitale Vernetzung, damit Daten und Symptome zu einem Patienten schon aus dem Rettungswagen in die Klinik übermittelt werden und der Patient zielgenauer aufgenommen werden kann. Und zweitens müssen freie Kapazitäten an Betten und Spezialisten transparenter gemacht werden. Das geschieht heute oft noch mehr auf Zuruf.

Wie gehen Sie mit dem möglichen Konflikt um, dass an einem „gemeinsamen Tresen“ von KV-Ärzten und Krankenhausärzten die Patienten eher zu ambulanten Fällen erklärt werden und dadurch dann die Zahl der Krankenhausaufnahmen sinkt?

Das entspricht in vielen Fällen nicht mehr der Lebenswirklichkeit. In vielen Regionen ist es heute schon so, dass Kliniken Dienste am Tresen mangels Ressourcen von der KV übernehmen. Wir sind als Krankenhäuser daran interessiert, auch wirklich nur die Patienten zu übernehmen, die dorthin gehören.

Wie könnte es jetzt weitergehen mit der Reform der Notfallversorgung?

Erste Schritte könnten umgesetzt werden, die auch ohne umfassende Krankenhausreform möglich sind. Die Länder könnten zum Beispiel im Rahmen ihrer Planungskompetenz schon einmal festlegen, wie und an welchen Standorten zukünftig eine Notfallversorgung benötigt wird. Und wir haben Politik und Gesetzgeber viele Impulse gegeben, wo es unter uns Experten schon Konsens gibt und wie man das System nach zwei gescheiterten Anläufen zu einer Reform noch mal neu denken kann.

Für die Notfallversorgung bedeuteten die Covid-19-Pandemie sowie die Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen im Sommer 2021 besondere Stresstests, die strukturelle und operative Mängel und Lücken aufzeigt hätten. Hierzu gehörten auch Mängel in den Kommunikations- und Steuerungsstrukturen der Leitstellen, die Überforderung und Unübersichtlichkeit durch zu kleinteilige Verantwortlichkeiten auf kommunaler Ebene sowie Systembrüche in der (bundes-)länderübergreifenden Zusammenarbeit.

Der Blick ins Ausland zeigt: Tatsächlich gibt es hinsichtlich der Strukturierung, Organisation und kohärenten Systemausgestaltung für die Notfallversorgung oft bessere Konzepte! Beispiele für Best Practices: In Ländern wie Österreich, Dänemark und Großbritannien ist die Vernetzung der Leitstellen mit telefonischer Gesundheitsberatung längst ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems. Auch in föderalen Systemen können national einheitliche Behandlungsstandards und Qualitätssicherungssysteme etabliert werden (Niederlande) oder einheitliche Abfragealgorithmen (Notruf) und Triage-Systeme festgelegt werden (Belgien, Großbritannien, Skandinavien). Weltweit werden im Einsatz mobile medizinische Diagnostikmöglichkeiten genutzt, die in Deutschland noch eher die Ausnahme sind. Und auch bei der Entwicklung und Einführung Künstlicher Intelligenz zur Unterstützung von Notrufabfrage, Patienten- und Ressourcensteuerung (u.a. Dänemark, USA) scheint Deutschland noch nicht den Anschluss an die internationale Entwicklung gefunden zu haben.

Was muss sich ändern?

Die Studienautoren der Universität Maastricht fassen ihre Untersuchungen und Verbesserungsvorschläge für das deutsche Gesundheitssystem in zehn Vorschlägen zusammen:

Sie fordern ein Zielbild für Rettungsdienst und Notfallversorgung, inklusive präklinischer Notfallversorgung, Akutversorgung durch den Rettungsdienst und qualifiziertem Krankentransport. Dieses Zielbild solle bundesweit einheitlich sein und den Orientierungsrahmen für die Ausgestaltung durch die Länder bilden.

Patientinnen und Patienten bräuchten für Notfälle eine zentrale Stelle, an die sie sich wenden können. Gemeint sind integrierte Leitstellen als „Single Point of Contact“ in räumlicher Einheit oder technisch enger Verzahnung mit den

Vorschläge der Studie der Universität Maastricht

- 1 Festlegung eines bundesweit einheitlichen Zielbilds
- 2 Gesundheitsleitstelle als (virtueller) Single Point of Contact
- 3 Bundesweit einheitliche standardisierte und strukturierte Notrufabfrage
- 4 Bundesweite Einführung einheitlicher und umfassender telenotärztlicher Systeme
- 5 Stärkung sozialmedizinischer und psychosozialer Rettungsdienst-Kompetenz
- 6 Stärkung und flächendeckende Einführung hybrider Versorgungssysteme
- 7 Festlegung einheitlicher Planungsparameter leitliniengerechter Versorgung
- 8 Bundesweite Digitalisierungsinitiative mit einheitlicher Finanzierungsstrategie
- 9 Bundesweit einheitliche Qualitätssicherung in der Notfallversorgung
- 10 Aktive Vernetzung von Public Health, Public Safety und Health Care

Callcentern der Kassenärztlichen Vereinigungen. So könne für jeden erdenklichen Fall ohne Zeitverzug die passende Hilfe ermöglicht und gleichzeitig verhindert werden, dass Hilfeersuchen „ins Leere“ laufen. Die Abfrage der Notrufnummer 112 solle „bundesweit nach einheitlichen Kriterien und auf der Grundlage evidenzbasierter wissenschaftlicher Konzepte auf standardisierte und strukturierte Notrufabfragesysteme umgestellt werden“ – über Regions- und Sektorengrenzen hinweg.

Durch die Einbeziehung von Telenotärztinnen und Telenotärzten könne die Arbeit der Rettungsleitstellen ebenfalls noch effektiver werden. Die Fachleute aus Maastricht setzen sich für ein bundesweit flächendeckendes Telenotarztnetz ein. Die Telenotärzte sollten vorrangig da sein, um nichtärztliches Personal an der Einsatzstelle zu beraten, ggf. den realen Notarzt bis zu seinem Eintreffen zu vertreten, im Arzt-Arzt-Gespräch Intensivtransporte oder Einweisungen mit besonderen Anforderungen zu unterstützen sowie im Arzt-Patienten-Gespräch Transport- oder Behandlungsnotwendigkeiten zu klären.



Die Studie „Notfallversorgung und Rettungsdienst in Deutschland“ der Universität Maastricht kann unter www.bertelsmannstiftung.de/neuordnung-versorgungslandschaft herunter geladen werden.



Dr. Eckhard Starke
Kassenärztliche
Vereinigung Hessen

Drei Fragen an Dr. Eckhard Starke

Wie wichtig ist es, dass diese Expertenrunde zusammengekommen ist, eben auch in einem „geschützten Raum“?

Die Teilnehmer hatten im Grunde über Jahre nicht mehr miteinander gesprochen. Und wir mussten auch darauf achten, dass wir alle aus der Notfallversorgung dort abholen, wo sie stehen. Wir haben auch bewusst darauf verzichtet, zu sagen: So geht es! Sondern wir haben eine Richtung aufgezeigt.

Eine Feststellung in der Studie lautet, der ärztliche Notdienst sei oft unzureichend organisiert. Wie wollen Sie diese Schwäche beseitigen?

Sicher ist es so, dass wir den ärztlichen Notdienst besser organisieren müssen. Aber wir müssen auch definieren, was ist Bereitschaftsdienst und was ist Akutversorgung. Im Anspruchsdenken der Bevölkerung ist untergegangen, dass der Bereitschaftsdienst den Patienten stabilisiert und er am nächsten Werktag zu seinem Hausarzt geht.

Wäre diese Expertenrunde jetzt auch der Ansprechpartner für die Politiker, um die Vorschläge umzusetzen?

Ich halte das sogar für notwendig! Dieses Thema können wir nicht mit Wissenschaftlern und Spezialisten aus der Medizin diskutieren. Insofern hoffe ich, dass auch die Politik daran denkt, sich jetzt nicht am grünen Tisch zusammenzusetzen.

Dafür sei es notwendig, das Telenotarztsystem nicht zu eng auf eine medizinische Fachrichtung auszulegen, sondern die Vielfalt der Aufgaben und Anforderungen auch bei der fachlichen Besetzung zu beachten sowie in überregionalen Versorgungsstrukturen zu denken.

Weiterhin schlagen die Autorinnen und Autoren vor, die Fähigkeiten des Rettungsdienstes zur Bewältigung sozialmedizinischer und psychosozialer Notfälle im Einsatz zu stärken, insbesondere durch Ausbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals sowie durch den Aufbau spezieller rettungsdienstlicher Ressourcen und die Festlegung verlässlicher Prozessabläufe. In hybriden (sektorenübergreifenden) Versorgungssystemen sehen die Expertinnen und Experten eine notwendige Ergänzung bestehender Versorgungsstrukturen. Dazu gehörten unter anderem der Gemeindefallsanitäter, das Community-Nurse-System oder auch ambulante, zum Teil telemedizinische Patienten-Versorgungssysteme. Erfahrungen aus dem Ausland und aus deutschen Modellregionen belegten, dass hybride

Systeme die patientenzentrierte Versorgung stärken und die Inanspruchnahme von Transportleistungen und Notfallaufnahmen reduzieren können.

Hilfsfristen für Akut-Erkrankte und Schwerverletzte neu definieren

Ein zentraler Punkt für die Maastrichter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ist zudem die Diskussion über die Definition angemessener Hilfsfristen für Akut-Erkrankte oder Schwerverletzte.

Die rettungsdienstliche Planung und Steuerung erfordere einen Paradigmenwechsel von einer undifferenzierten allgemeinen Hilfsfrist im Sinne einer „response time to treatment“ hin zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung, was sich umschreiben lässt mit „time to the right treatment“. Ohne eine umfassende Umstellung der Notrufabfrage auf evidenzbasierte, standardisierte und strukturierte Abfragealgorithmen und ohne ein umfassendes und transparentes Qualitätsmanagement in den Leitstellen sei das aber nicht zu realisieren.

Alle verlässlich planbaren Glieder der Rettungskette müssten in die Planung einbezogen werden. Hier gehe es beispielsweise auch um eine Neubewertung der Rolle der Luftrettung, die Berücksichtigung von First-Responder-Systemen und Laien-Reanimation. In dem Gutachten heißt es weiter, dass vor dem Hintergrund der Zusammenlegung oder Schließung von Krankenhäusern die Planung für die Rettungsdienste auf die funktionalen Versorgungsstrukturen ausgerichtet werden müsse – ungeachtet kommunaler Grenzen und Zuständigkeiten.

Der Rettungsdienst benötige eine bundeseinheitliche Digitalisierungsoffensive, gestützt auf ein einheitliches Finanzierungsprogramm. So könne durchgängig kompatible Vernetzung entlang des Versorgungskontinuums der Patienten ermöglicht werden. Diese Offensive solle einen sektorenübergreifenden Informationsaustausch und eine verknüpfbare Datendokumentation ermöglichen.

Für die Forscher der Universität Maastricht steht fest: Bundesweit werden für die vertragsärztliche Versorgung und für die zugelassenen Krankenhäuser eine einheitliche Qualitätssicherung in der Notfallversorgung benötigt sowie die Festlegung und Harmonisierung anerkannter Mindeststandards im Rettungswesen. Auf dieser Grundlage könnten die Länder den Rettungs-



dienst dann entsprechend ausgestalten. Nur so lasse sich zeitnah eine flächendeckende, einheitliche und qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicherstellen. Für das darüber hinaus notwendige Qualitätsmanagement auf Länderebene habe Baden-Württemberg mit der trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst (SQR-BW) bereits eine gute Orientierungsmarke gesetzt.

Public Health, Public Safety und Health Care verknüpfen

Das Ziel der Studienautoren ist die Stärkung und Verknüpfung von Public Health, Public Safety und Health Care zur Nutzung von Synergieeffekten: Die Gesundheits- und Systemkompetenz der Bevölkerung müsse gestärkt werden. Rettungsdienst, Notfallversorgung und andere Dienste der Gefahrenabwehr hätten nicht nur eine reaktive Aufgabe im Notfall, sondern vielmehr auch die Verantwortung und die Kompetenz, Public Safety und Public Health, insbesondere auch hinsichtlich Prävention, mitzugestalten.

Parallel zur Entstehung der Studie in Maastricht hatte die Bertelsmann Stiftung erfahrene und einflussreiche Experten in eine Arbeitsgruppe eingeladen. Das Besondere: Die Diskussion fand in einem geschützten Raum statt. Alle konnten ihre Vorschläge und Bedenken offen formulieren und sich jenseits der sonst üblichen Interessenvertretung austauschen. Nach vielen Jahren war es damit wieder gelungen, alle Beteiligten aus der Notfallversorgung an einen Tisch zu bringen und konstruktiv miteinander zu diskutieren.

Mitglieder der Expertenrunde zur Reform der Notfallversorgung

- › Dr. Jan Böcken, Senior Project Manager, Bertelsmann Stiftung
- › Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt / Main
- › Dr. Matthias Gruhl, Staatsrat a.D. der Freien und Hansestadt Hamburg, ehem. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Moderator)
- › Bernd Krösser, Staatsrat der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Inneres und Sport
- › Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alex Lechleuthner, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Köln und Institutsdirektor an der Technischen Hochschule Köln, Institut für Rettungsingenieurwesen und Gefahrenabwehr (IRG)
- › Thomas Lemke, Vorsitzender des Vorstandes der Sana Kliniken AG, Vizepräsident der DKG, 2. Vizepräsident des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
- › Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland / Hamburg
- › Dr. Sonja Optendrenk, ehem. Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit (2018 bis 2022)
- › Michael Ranft, Staatssekretär im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
- › Uwe Schwenk, Director, Bertelsmann Stiftung
- › Dr. Eckhard Starke, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Handlungsempfehlungen der Expertenrunde

Rettungsdienste, Notärzte, Ambulanzen und niedergelassene Ärzte stärken

Die Experten und Entscheidungsträger in der von der Bertelsmann Stiftung initiierten Runde sprechen sich dafür aus, diejenigen zu stärken, die die Notfallversorgung in Deutschland sichern: Rettungsdienste, Notärzte, Ambulanzen und niedergelassene Ärzte. Deren Zuständigkeiten sollen geschärft und ihre Zusammenarbeit intensiviert werden. Ein wichtiges Ziel sei, dass hilfeschuchende Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit zu Hause bleiben können. Dazu sollten ambulante haus- und fachärztliche Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten erweitert und für alle Beteiligten in der Notfallversorgung nutzbar gemacht werden. Gedacht werde hier zum Beispiel an Notfall-Pflegeams.

- › Die Runde schlägt die Gründung eines „Fachkundigen Gremiums“ vor. Dessen Mitglieder sollten aus allen Institutionen kommen, die an der Notfallversorgung beteiligt sind. Das Gremium arbeitet im Auftrag der Bundesministerien für Gesundheit und Inneres und kann auf eine bundesweit einheitliche Qualitätssicherung hinwirken. Das „Fachkundige Gremium“ könnte auch die notwendigen Voraussetzungen für eine fallbegleitende, gemeinsame digitale Kommunikation schaffen. Dadurch solle die volle Transparenz der eingeleiteten Maßnahmen zwischen den Institutionen gewährleistet werden.
- › Um die Notaufnahmen zu entlasten, schlägt auch die Expertenrunde der Bertelsmann Stiftung vor, bei nicht lebensbedrohlichen Notfällen erst einmal Arztpraxen, Notfallpraxen oder andere Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung anzusteuern. Dort solle dann entschieden werden, was weiter zu tun und ob beispielsweise eine stationäre Einweisung geboten ist.
- › Welche Krankenhäuser noch eine Notaufnahme betreiben, müssen nach Ansicht der Experten die Bundesländer festlegen. Der „Gemeinsame Bundesausschuss“ könne beauftragt werden, dazu Empfehlungen für Standards und Bezugsgrößen zu erarbeiten. In die Neustrukturierung solle dann auch die Kassenärztliche Vereinigung einbezogen werden.
- › Die Effekte der so verbesserten Notfallversorgung müssten auf Basis der digitalen Dokumentation evaluiert werden, so die abschließende Forderung der Runde. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Notfallversorgung sei ausdrücklich gewünscht.

SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms „Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein bürgerorientiertes Gesundheitssystem ein. Unsere Studien und Projekte zeigen Wege auf, die Gesundheitskompetenz zu stärken, die Versorgung am Bedarf auszurichten und stabile finanzielle Grundlagen sicherzustellen.

Weitere Informationen auf www.bertelsmann-stiftung.de/neuordnung-versorgungslandschaft und www.bertelsmann-stiftung.de

Impressum

Herausgeber:
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich:
Uwe Schwenk
Director des Programms
„Gesundheit“

Kontakt:
Sonja Lütke-Bornefeld
spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de
Tel.: + 49 5241 81-81431

Bildnachweis:
© KVH / Ramirez (S. 6),
Muth / VZ RLP (S. 4),
Dirk Pudwell (S. 2),
Britta Schröder (S. 2),
snapshot-photography/
Tobias Seeliger – stock.
adobe.com (S. 1)

Gestaltung: Dietlind Ehlers
Druck: Gieselmann Druck
und Medienhaus

ISSN (Print): 2364-4788
ISSN (Online): 2364-5970

Veröffentlichung:
Oktober 2022