

Auswirkungen des BGA-Beschlusses auf besondere Lagen

Hans Georg Jung



29. - 30. APRIL 2019, Köln

Gesundheitsamt
Frankfurt am Main



Interessenskonflikt

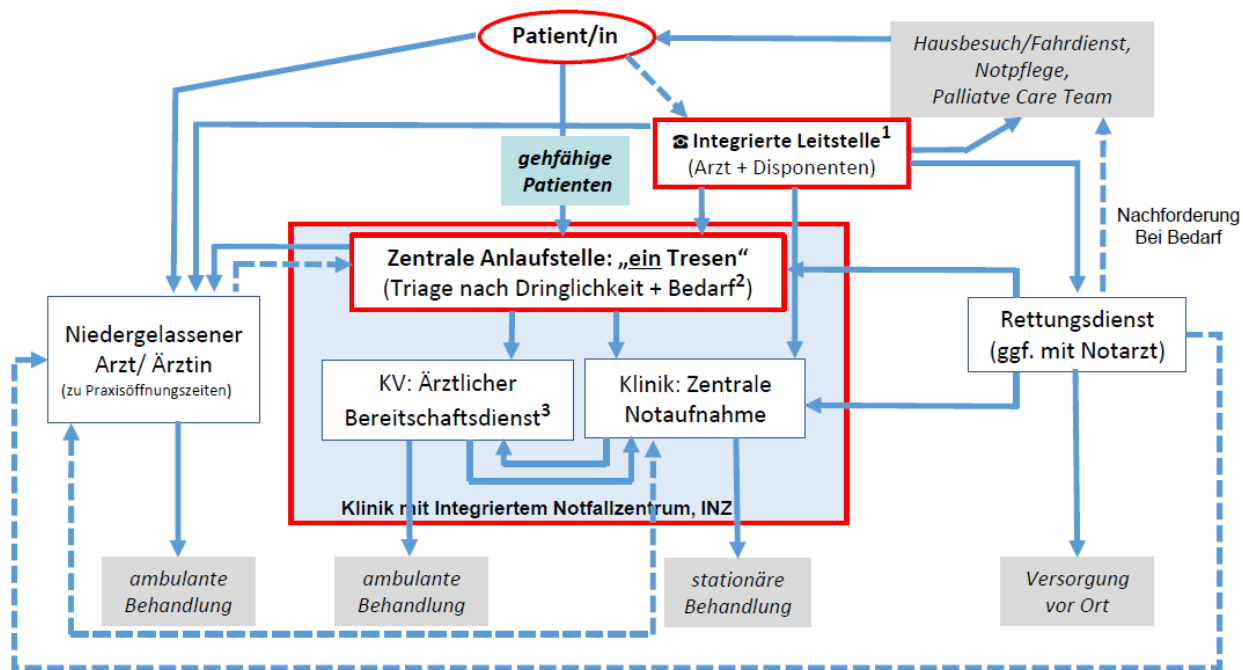


keiner

Empfehlung SVR zur Notfallversorgung



Integrierte Notfallversorgung (Entwurf)



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



Integrierte Notfallversorgung (Eckpunkte I.)

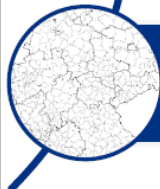
■ Integrierte Leitstellen



voll integriert mit nur einer
Rufnummer



*Wenn nicht vermeidbar:
verschiedene Nummern*



perspektivisch: horizontale
Integration

1. Level z.B. mit Dispatcher / erfahrenen Pflegekräften/MFA
 2. Level: erfahrene, breit weitergebildete (Allgemein)-Ärzte
- aber technisch – gemäß Algorithmen – voll integriert
 - Beendigung der „Kleinstaaterei“ mit je einer (Rettungs-)Leitstelle je Landkreis



Integrierte Notfallversorgung (Eckpunkte II.)

▪ Zentrenbildung, Triage



Stationäre Notfallversorgung
nach Stufenkonzept mit
spezialisierten Zentren

- z.B. für Stroke, Herzinfarkt, Polytrauma
- → *gute Evidenz trotz u.U. längerer Transportwege*



Triage im Integrierten
Notfallzentrum

- insbesondere Entscheidung zur stationären Aufnahme unabhängig (von Interessen der Krankenhausträger)



Integrierte Notfallversorgung (Eckpunkte III.)

- **Patientensteuerung**
 - **über IT-gestützte Versorgungspfade**, einheitliche sektorenübergreifende Dokumentation für alle Beteiligten
(ein Tresen mit zwei PCs reicht nicht!)
 - **Flankiert durch** (persönliche, mehrsprachige) **Patienteninformation**
 - **Transparenz über Wartezeiten** in Notfallpraxis auch **via App**
(Beispiel Dänemark)
 - Vergabe eines individuellen Termins im Integrierten **Notfallzentrum (INZ) einer konkreten Klinik (nur) bei vorherigem Anruf bei integrierter Leitstelle** (ansonsten ggf. längere Wartezeit bei Selbstüberweisung *ohne* festgestellte Dringlichkeit bei initialer Triage)
 - **aktuell (noch) keine Empfehlung für Eigenbeteiligung**
- **Regionale Evaluation und stetige Weiterentwicklung**
 - **Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit** (im Rettungsdienst , bei ambulanter und stationärer (Weiter-)Versorgung) **muss** (auch für Versorgungsforschung) **verbessert werden**



Beschluss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Erstfassung der Regelungen zu einem
gestuften System von Notfallstrukturen in Kran-
kenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

Vom 19. April 2018

Gestuftes System von Notfallstrukturen

1. Die Basisnotfallversorgung – Stufe 1
2. Die erweiterte Notfallversorgung – Stufe 2
3. Die umfassende Notfallversorgung – Stufe 3
4. Spezielle Notfallversorgung
 - (Basis) Modul Schwerverletztenversorgung
 - (Basis) Modul Notfallversorgung Kinder
 - (Basis) Modul Schlaganfallversorgung
 - (Basis) Modul Durchblutungsstörungen am Herzen
5. Krankenhäuser ohne Notfallversorgung

Zukünftigen Anforderungen

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

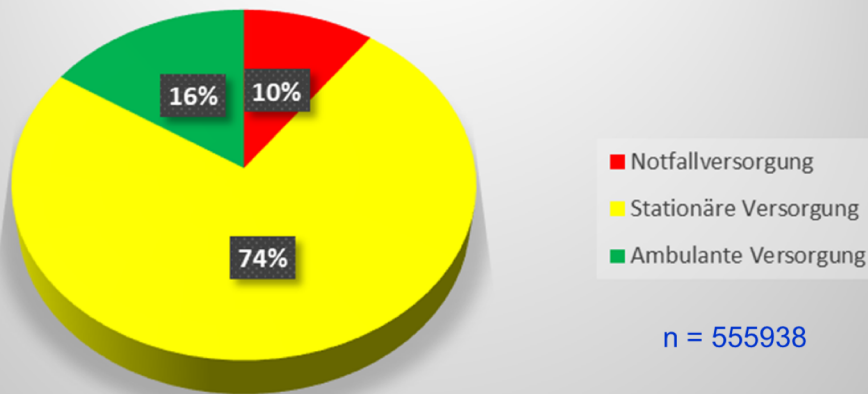
Geltungsbereich

- Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit **schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankungen und Verletzungen** in spezialisierten Notfallkrankenhäuser
- Konzentration der Notfallversorgung auf spezialisierte Krankenhäuser
- Ressourcen und Expertise sollen gebündelt werden

8% der Notfallpatienten

Ersteinschätzung RD	%-Wert
Apoplex/TIA/Blutung < 6 h	29%
Akutes Koronarsyndrom/Rhythmusstörungen	10%
Schockraumindikation nach Unfallhergang	8%
STEMI < 12h	5%
Reanimation	4%
Mischintoxikation Alkohol/Drogen/Medikament	4%
SHT offen/geschlossen/Gesichts-/Kopfverletzung	4%
Zu-Verlegung Intensiv	3%
Obstruktion (Asthma / COPD)	3%
Herzinsuffizienz/Lungenödem	3%
Polytrauma mit/ohne SHT	2%
Apoplex/TIA/Blutung 6-24 h	2%
Abdomen penetrierend/geschlossen/stumpf	1%
Bronchitis/Pneumonie	1%
Summe	80%

Rettungsdienstliche Zuweisungen 2018 - Hessen

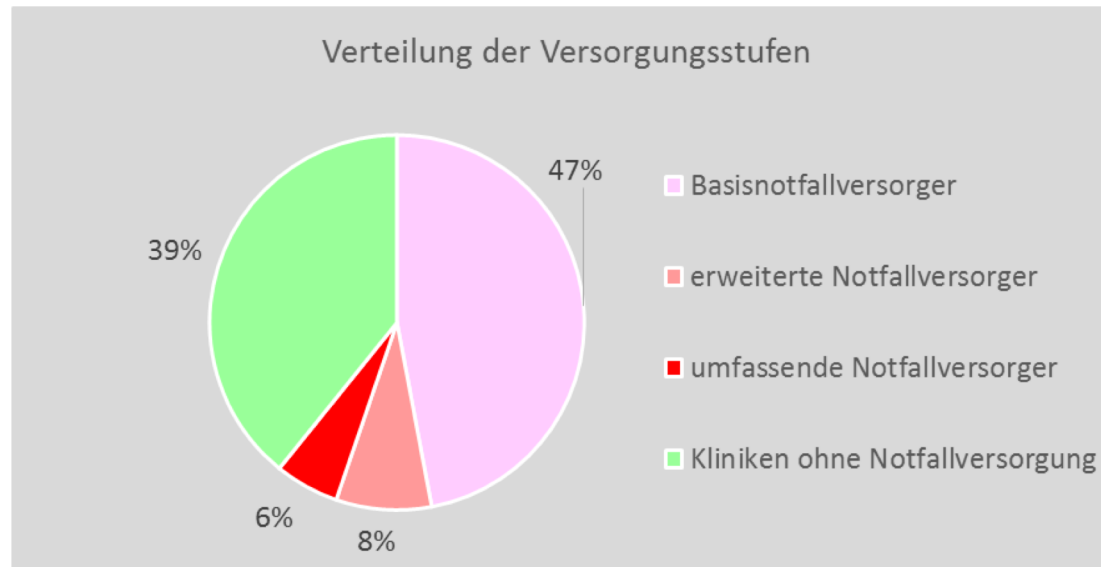


Analyse IGES Institut

(unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen)

1.748 KHS nehmen heute an der Notfallversorgung teil.

Künftig könnten teilnehmen



Wie viele es nach Ablauf der Übergangsfrist von drei Jahren tatsächlich sein werden, bleibt abzuwarten!

Auswirkungen

- Die Krankenhausalarmplanung gilt (länderspezifisch) für **„alle“** Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag
- gemäß des Krankenhausplanes des jeweiligen Landes
 - Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V

Dies gilt insbesondere für alle sog. „Internen“ Szenarien bzw. Gefahrenlagen.

Bei den „externen“ Szenarien bzw. Gefahrenlagen wird es aber erheblichen Anpassungsbedarf im Rahmen der Krankenhausalarmplanung geben.



Auswirkungen

Hierbei wird es darum gehen zukünftige jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere die Mindestvorgaben

- der Art und der Anzahl von Fachabteilungen,
 - der Anzahl und der Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie
 - dem zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen
- zu berücksichtigen.

In ländlichen Regionen werden alle Kliniken die (planerisch) als unabdingbar und für die Sicherstellung als notwendig gelten, als Basisnotfallversorger eingestuft.

Auswirkungen

„Mit dem Beschluss habe der GBA den „Spagat zwischen kurzen Wegen und den Voraussetzungen für Qualität beschrieben, die billigerweise gegeben sein müssen“, so Hecken

Sicherstellungshäuser sind Krankenhäuser, die für eine flächendeckende Erreichbarkeit einer Basisversorgung innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten unverzichtbar sind.

Nach derzeitiger Einschätzung werden 99,6 Prozent alle Bundesbürger auch künftig innerhalb von 30 Minuten eine Notaufnahme erreichen.

Konsequenz basiertes Modell

Das *konsequenzbasierte* Model wird zukünftig differenziert die Auswirkungen auf die Qualität und Quantität für die externen Szenarien/ Gefahrenlagen betrachten müssen, die ein Schadensereignis für ein Krankenhaus hat.

Letztlich sind es zwei Konsequenzen, die sich aus allen denkbaren Szenarien und Lagen ergeben.

- Reduktion der Versorgungskapazität
- Die Einschränkung der Funktionalität

Beide Konsequenzen beeinflussen sich gegenseitig und stehen zueinander in einer wechselseitigen und abhängigen Beziehung.

Eine abschließende Beurteilung ist derzeit noch nicht möglich!

Auswirkungen auf die Qualität und Quantität



Anforderungen	Basis	Erweitert	Umfassend	Modul Trauma	Modul Schlaganfall	Modul Kinder	Modul Herz
FWB-Notfall- und Akutmedizin	X	X	X	X	X	X	X
FWB-Notfallpflege	X	X	X	X	X	X	X
Schockraum	X	X	X	X	X	X	X
Behandlungspriorisierung 10 Min.	X	X	X	X	X	X	X
Röntgen	X	X	X	X	X	umfassend	X
CT	X	X	X	X	X	X	X
MRT	Optional	X	x	X		erweitert/umfassend	
Chirurgie / FA 30 Min	X	X	X	X			
Unfallchirurgie / FA 30 Min	X	X	X	X			
Anästhesie / FA 30 Min	X	X	X	X	X	X	X
Anästhesie Kinder / FA 30 Min		erweitert	umfassend			umfassend	
OP-Kinder		erweitert	umfassend			umfassend	
Intensiv / FA 30 Min	6 (3 Ba.)	10 mit Ba.	20 mit Ba.			2 erweitert	
Kinderintensiv Level 1		erweitert	umfassend			umfassend	
Kinderkrankenpflegekraft						erweitert/umfassend	
Beobachtungsstation (24 Std.) von mindestens 6 Betten	Optional	X	X				
Primärdiagnostik des Schlaganfalls (Verlegung Stroke Unit)	Optional	X	X				
Stroke Unit	Optional				X		
Chest Pain	Optional						X
Herzkatheterlabor	Optional						X
IMC	Optional						4 Plätze X
Notfallendoskopie	Optional	X	X				
Koronaren Intervention (PCI)	nur bei FG Kat. A	X	X				
Hubschrauberlandeplatz (sofern genehmigungsfähig)	Optional	X	X			erweitert/umfassend	
Kooperationsvereinbarung Kassenärztlichen Vereinigungen	Optional	soll	soll			soll	
Fachabteilung Kategorie A							
1. Neurochirurgie,	Optional	4 Kategorie A	7 Kategorie A			umfassend	
2. Orthopädie und Unfallchirurgie,							
3. Neurologie,							
4. Innere Medizin und Kardiologie,							
5. Innere Medizin und Gastroenterologie,							
6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.							
Kategorie B							
1. Innere Medizin und Pneumologie,	Optional	3 Kategorie B mind. 2 aus Kategorie A	3 Kategorie B mind. 5 aus Kategorie A			X umfassend	
2. Kinder- und Jugendmedizin,							
3. Kinderkardiologie,							
4. Neonatologie,							
5. Kinderchirurgie,							
6. Gefäßchirurgie,							
7. Thoraxchirurgie,							
8. Urologie,							
9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,							
10. Augenheilkunde,							
11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,							
12. Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie							

1. Zukünftig Szenarien abhängig hinterlegte Plangrößen?
2. Anpassung der Krankenhausspezifischen „*antelligen*“ „Soll“ Plangrößen auf Basis der MANV Stufen 5 bis 1000

- I. Traumatologisch
- II. Reiz-/Ätzwirkung
- III. Rauchgas
- IV. Biologisch/Infektion
- V. Lebensmittelvergiftung
- VI. Radiologisch/Nuklear

Typ: Traumatologisch

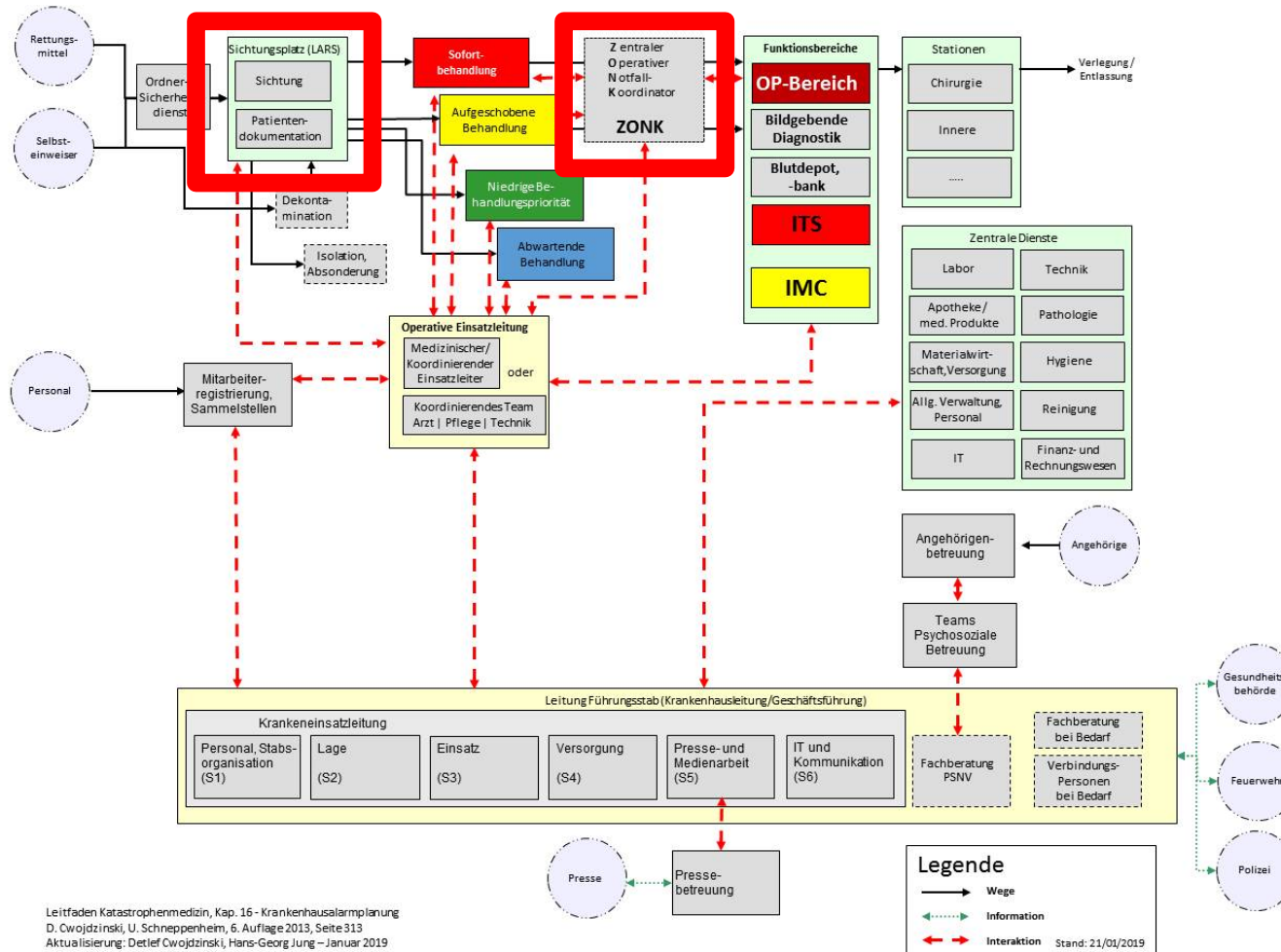
	Red		Yellow		Green	
	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer
5	1	10	1	10	1	10
10	2	10	1	10	1	10
25	2	10	2	10	2	10
50	2	10	2	10	5	10
100	3	10	4	10	9	10
250	8	10	10	10	23	10
500	15	10	20	10	45	10
750	15	10	20	10	45	10
1000	15	10	20	10	45	10

- VII. jederzeit um Spezialszenarien z.B. Verbrennungen erweiterbar



Ressourcensteuerung – Zentrale Bedeutung

Funktionen und Prozesse beim Massenanfall von Verletzten (MANV incl. Terror) im Krankenhaus

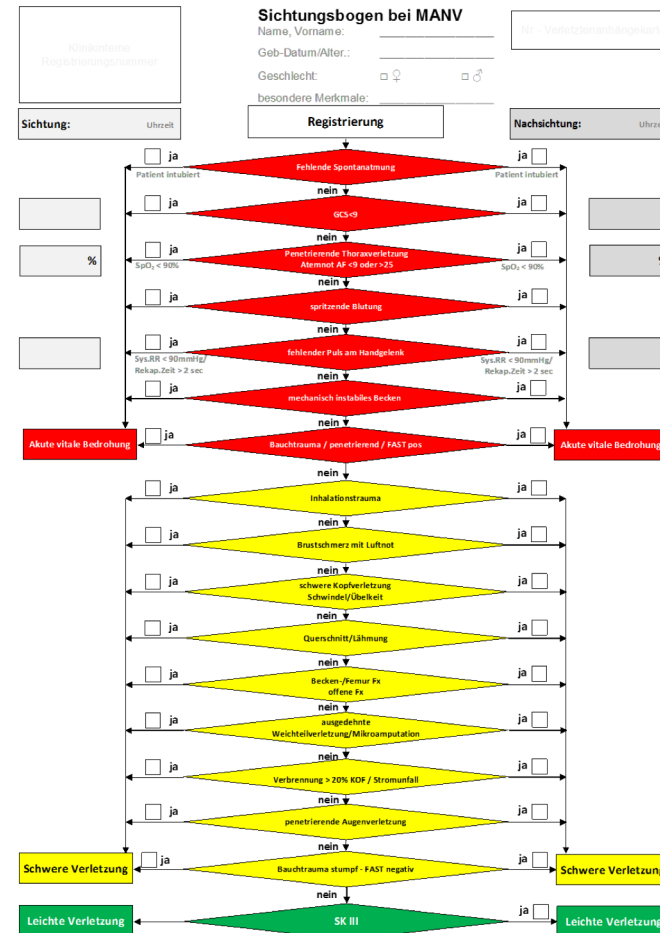
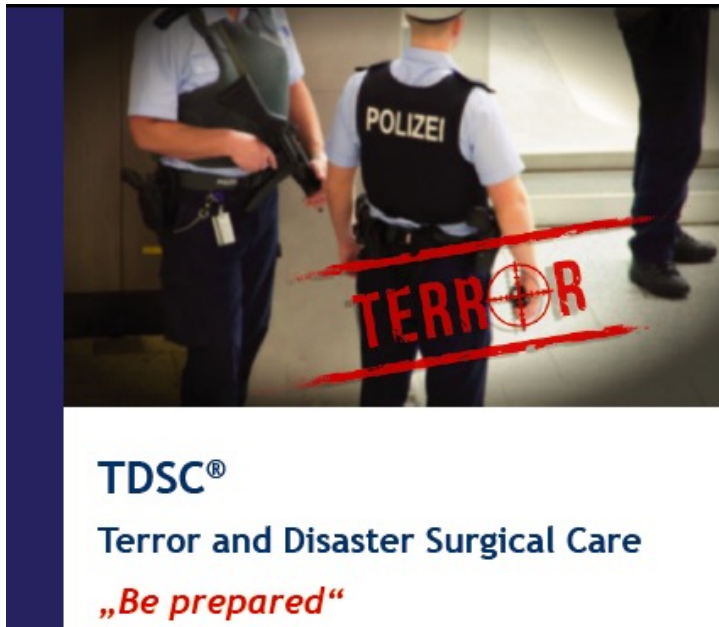


Leitfaden Katastrophenmedizin, Kap. 16 - Krankenhausalarmanplanung
 D. Cwojdzinski, U. Schneppenheim, 6. Auflage 2013, Seite 313
 Aktualisierung: Detlef Cwojdzinski, Hans-Georg Jung – Januar 2019

Sichtung – Zentrale Bedeutung

Einführung eines klinischen Sichtungs-Algorithmus

2. Notfallkonferenz der DGU
Bisherige Erfahrungen und neue
Konzepte für den TerrorMANV
am 27.9.2017,
Universitätsklinikum Frankfurt



© Universitätsklinikum Frankfurt am Main, 2017

Spezialisierung - Sonderlagen

Sonderlage (Terror)

- Die Kliniken der Notfallversorgung stehen vor neuen medizinischen und taktisch-strategischen Herausforderungen
- Opfer von Terroranschlägen müssen schnell und situationsgerecht auf hohem Niveau versorgt werden können
- Intensivkurs "Terror and Disaster Surgical Care" (TDSC®)
- Kliniken müssen sich gezielt qualifizieren





- Das Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG 2009) regelt das Zusammenwirken von Bund und Ländern bei der Abwehr und Bekämpfung von Naturkatastrophen und besonders schweren Unglücksfällen.
- Im Sommer 2016 wurde die Neue Konzeption Zivile Verteidigung (KZV 2016) veröffentlicht.
- Die zuständigen Behörden können anordnen, dass die Träger von Krankenhäusern Einsatz- und Alarmpläne für die gesundheitliche Versorgung aufstellen.
- Behandlungs- und Aufnahmekapazitäten sind durch entsprechende Maßnahmen sicherzustellen. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die über die zur Sicherstellung der Versorgung notwendigen Anforderungen hinausgehen.

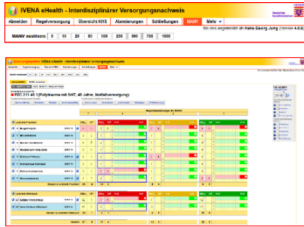
Auswirkungen - Regelung auf Bundesebene



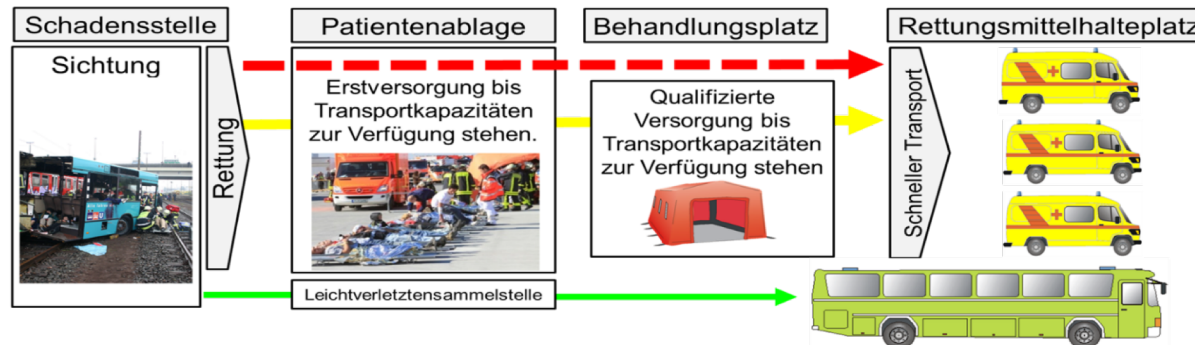
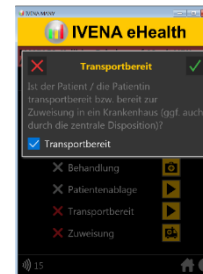
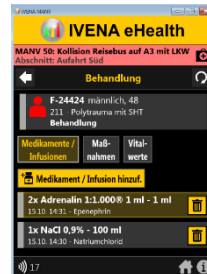
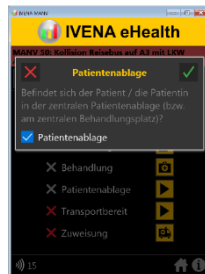
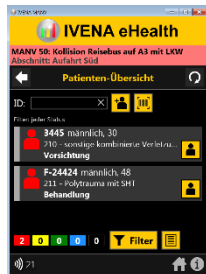
- Großräumige Evakuierung besonderer Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser)
- Erhebung von lagerelevanten Krankenhausdaten für den präklinischen und klinischen Bedarfsträger. Dazu gehören insbesondere: Bettenauslastung (z.B. einzelne Tage), Funktionsfähigkeit von kritischen Krankenhausbereichen wie Notaufnahme, Operationssaal, Intensivstation, Spezialressourcen für Schwerbrandverletzte, Isolierstationen.
- CBRN-spezifischen Anforderungen an die KAEP: Risikoanalyse, Abriegelung des Krankenhauses, Einrichtung einer Dekontaminationstrecke, fachspezifische Aus- und Fortbildung des Personals, medizinische Versorgung CBRN-Betroffener.

Unterstützende Steuerungselemente

Leitstelle



Krankenhaus



Unterstützende Steuerungselemente

Patientenliste – Auswahl und Anzeige nach strategischen Kriterien

IVENA eHealth Information
MANV Einsatz

Abmelden | Regelversorgung | Übersicht KHS | Alarmierungen | Schließungen | **MANV** | Mehr

MANV auslösen:

Aktive MANV: **MANV-Aktiver Einsatz** | FFM - MANV 50: Explosion in der U-4, Station FTC

MANV-Bearbeitung | Lage auf Sicht | **Patientenliste** | Lagekarte | Lageübersicht | MANV-Abschnitte

Freitext: Organisationseinheit (Zuweisungsziel oder übergeordnete Leitstelle):

Geschlecht: Altersgruppe: Behandlungsdringlichkeit: MANV-Abschnitt: MANV-Patientenablage:

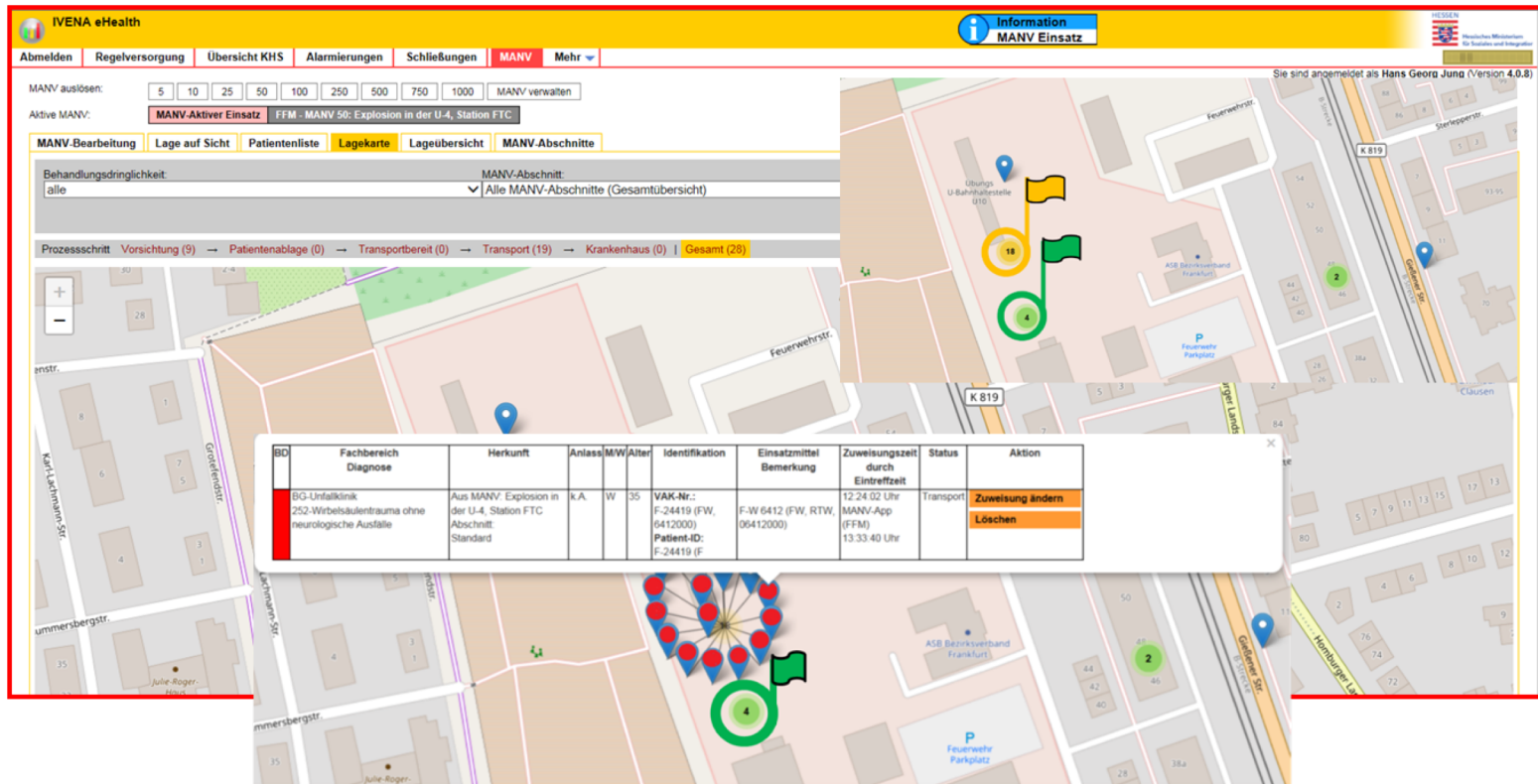
Anzeigen

Prozessschritt: **Vorsichtung (0)** → **Patientenablage (0)** → **Transportbereit (0)** → **Transport (18)** → **Krankenhaus (0)** | **Gesamt (18)**

SK	Identifikation	Geschlecht	Alter	Zielkrankenhaus Eintreffzeit (geschätzt) Ankunftszeit (bestätigt)	PZC - Bezeichnung	Abschnitt	Transportmittel Bemerkung	Datum (Änderung) durch	Datum (Erfassung) durch	Aktion
Rot	Zuweisungs-ID: 5bb88ceb10131_01 VAK-Nr.: F-24435 (FW, 6412000) Patient-ID: F-24435 (F)	weiblich	42	BG-Unfallklinik 06.10.2018 13.42.28	211 Polytrauma mit SHT	Standard	F-W 6412 (FW, RTW, 06412000)		06.10.2018 12.22.35 MANV-App	Ankunft bestätigen
Rot	Zuweisungs-ID: 5bb892ac2d2d6_01 VAK-Nr.: F24434 Patient-ID: F24434	männlich	54	BG-Unfallklinik 06.10.2018 13.37.16	231 Thorax penetrierend	Standard	F-MH 1131 (MHD, RTW, 06412000)		06.10.2018 12.47.08 MANV-App	Ankunft bestätigen
Rot	Zuweisungs-ID: 5bb890500144c_01 VAK-Nr.: F-24401	männlich	59	BG-Unfallklinik 06.10.2018 13.27.04		Standard	10-93-3		06.10.2018 12.37.04	Ankunft bestätigen

Unterstützende Steuerungselemente

(GPS) Detail-Positionen der Patienten werden auf der Lagekarte visualisiert



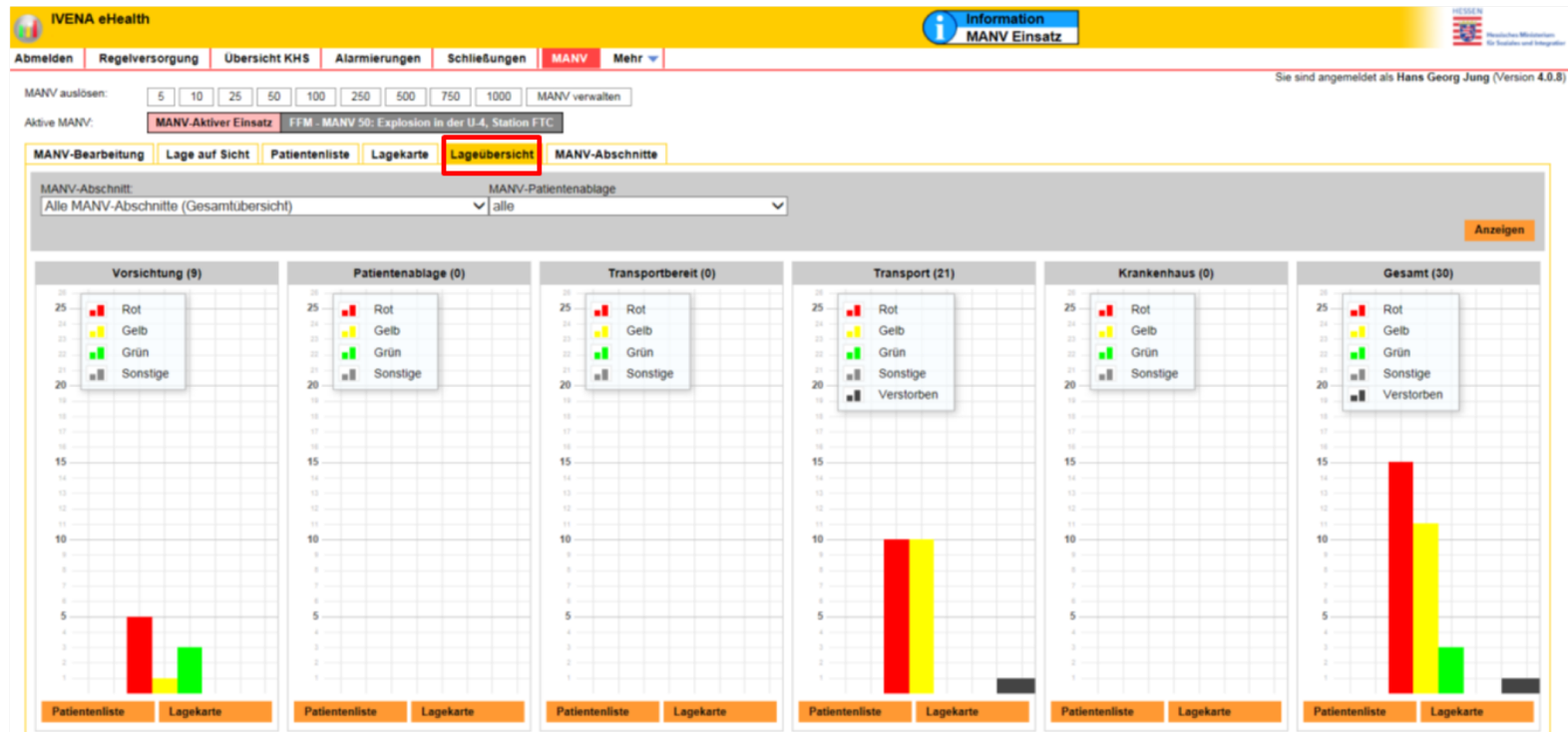
The screenshot shows the IVENA eHealth interface. At the top, there are navigation tabs: Abmelden, Regelversorgung, Übersicht KHS, Alarmierungen, Schließungen, MANV, and Mehr. Below these are filters for 'MANV auslösen' (5, 10, 25, 50, 100, 250, 500, 750, 1000) and 'Aktive MANV' (MANV-Aktiver Einsatz, FFM - MANV 50: Explosion in der U-4, Station FTC). The main area is divided into 'MANV-Bearbeitung' (Lage auf Sicht, Patientenliste, Lagekarte, Lageübersicht, MANV-Abschnitte) and a process flow: 'Prozessschritt' (Vorsichtung (9) -> Patientenablage (0) -> Transportbereit (0) -> Transport (19) -> Krankenhaus (0) | Gesamt (26)). A map displays patient locations with colored markers (yellow, green, blue) and a table of patient data.

ID	Fachbereich Diagnose	Herkunft	Anlass/MW/Alter	Identifikation	Einsatzmittel Bemerkung	Zuweisungszeit durch Eintreffzeit	Status	Aktion
11	BG-Unfallklinik 252-Wirbelsäulentrauma ohne neurologische Ausfälle	Aus MANV: Explosion in der U-4, Station FTC Abschnitt: Standard	k.A. W 35	VAK-Nr.: F-24419 (FW, 6412000) Patient-ID: F-24419 (F)	F-W 6412 (FW, RTW, 06412000)	12:24:02 Uhr MANV-App (FFM) 13:33:40 Uhr	Transport	Zuweisung ändern Löschen

Unterstützende Steuerungselemente



Lageübersicht – Verlauf, Auswahl und Anzeige nach strategischen Kriterien (Sichtung – Krankenhaus)



Fazit – Abgestimmte Strukturen

- Notfallversorgung - alle müssen das gleiche verstehen!
- Wo steht die präklinische Sichtung?
- Nicht jedes Krankenhaus wird für alle Notfälle geeignet sein!
- Differenzierte Belastung nach Qualität und Quantität
- Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung und umfassenden Notfallversorgung müssen mehr SK 1 Patienten versorgen und mit SK 2 und SK 3 Patienten entlastet werden!
- Einbindung aller Sektoren übergreifenden Gesundheitsversorger für SK 2 und SK 3 Patienten
- Abstimmung der KHEP untereinander / überregional
- Übergreifende Steuerung der Leitstellen
- Frühzeitige Aktivierung der notwendigen MANV-Stufe



Gesundheitsamt
Frankfurt am Main



Hans Georg Jung
Stabsstelle Medizinische Gefahrenabwehr
Koordinierungsstelle IVENA Hessen
Hans-Georg.Jung@stadt-frankfurt.de

<https://www.ivena-hessen.de>

<http://schulung.ivena-hessen.de>

<http://www.ivena.de>

.....**vielen Dank**