



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

Positionspapier

des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zur

Reform der Notfallversorgung

Berlin, im Mai 2019

34 **Inhaltsübersicht**

35 **Inhalt**

36 1. Zusammenfassung/Executive Summary 2

37 2. Verbesserung der Gesundheitskompetenz 3

38 3. Niedrigschwelliger Zugang zu Informationen..... 3

39 4. Ambulante Versorgung von Notfällen..... 4

40 5. Telefonische Kontaktaufnahme und Alarmierungswege 4

41 6. Lenkung und Transport von Patienten in die bestgeeignete Versorgung..... 5

42 7. Die Notaufnahme als Anlaufstelle für Notfallpatienten..... 6

43 8. Ausstattung der Notaufnahme 7

44
45
46

47 **1. Zusammenfassung/Executive Summary**

48 Im letzten ~~halben~~ Jahr ist Bewegung in die Problematik rund um die Notfallversorgung im deutschen Ge-
 49 sundheitswesen gekommen. Im Nachgang des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) hat der Gemeinsame
 50 Bundesausschuss im April 2018 das „gestufte System der stationären Notfallversorgung“ nach § 136c Abs. 4
 51 SGB V vorgelegt. Am 2. Juli 2018 hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen sein Gutachten „Be-
 52 darfungsgerechte Steuerung“ vorgelegt, das einen Schwerpunkt auf die Notfallversorgung legt. Darüber hinaus
 53 gab es noch verschiedene andere politische Äußerungen und konkrete Initiativen, darunter der Start eines
 54 Innovationsfondsprojektes zum strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland
 55 (SmED) und weitere. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen sollen, auf Basis der Arbeit der AG Notfall,
 56 Positionierungen des APS zum Thema Reform der Notfallversorgung erfolgen. Diese Positionen basieren
 57 auf folgenden Leitgedanken:

- 58 • Ein Notfall wird nicht durch die vermeintlich objektive medizinische Dringlichkeit definiert, sondern
 59 durch die Einschätzung des Patienten, eine Versorgung im Notfall zu brauchen. Der Kommunikation
 60 mit den Patienten kommt zentrale Bedeutung zu.
- 61 • Notfälle sind immer ernst zu nehmen. Insbesondere müssen Vorkehrungen getroffen werden, dass
 62 auch verdeckte Notfälle möglichst entdeckt und zeitnah angemessen versorgt werden.
- 63 • Ein Kernpunkt der Notfallversorgung ist, zeitnah und unter Berücksichtigung der individuellen Ein-
 64 schätzung des Patienten zu einer medizinischen Einschätzung der Dringlichkeit zu kommen und den
 65 Patienten gut informiert in die entsprechenden Versorgungsbereiche zu leiten.
- 66 • Eine sichere Versorgung der Patienten im Notfall setzt die Zugänglichkeit von Versorgungsangebo-
 67 ten voraus. Hürden vor der Inanspruchnahme, wie z.B. mangelnde Bekanntheit, Probleme bei der
 68 Vermittlung von Hilfsangeboten, unzureichende Ersteinschätzung/Triage, schlechte Erreichbarkeit,
 69 unzureichende Barrierefreiheit bei den unterschiedlichsten Einschränkungen (z.B. kognitive oder
 70 Sinnesbeeinträchtigungen) oder spezielle Gebühren, müssen abgebaut oder vermieden werden.
- 71 • Die Versorgung muss so gestaltet sein, dass sie den Bedürfnissen der Patienten entspricht, nicht
 72 umgekehrt, da sich ansonsten Hürden bei der Inanspruchnahme und damit das Risiko unentdeckter
 73 und entsprechend unterversorgter Notfälle ergeben.

- 74 • Neben der Zugänglichkeit müssen auch zeitnahe Diagnostik und qualitativ angemessene Versor-
 75 gung gewährleistet sein. Ohne die hierfür nötigen Ressourcen (materiell, zeitlich, räumlich, perso-
 76 nell, fachlich) ist eine sichere Patientenversorgung nicht möglich.
- 77 • Auch wenn Fragen der Finanzierung, internen Organisation und Verantwortungszuordnung bezüg-
 78 lich der Notfallversorgung nicht Gegenstand der APS-Positionierungen sind, sind unter dem Aspekt
 79 der Patientensicherheit auch die Vermeidung von Overcrowding von Notaufnahmen und die Stär-
 80 kung von ambulanten Versorgungsangeboten nahe der Lebenswelt der Patienten wichtige Ziele.
- 81

82 2. Verbesserung der Gesundheitskompetenz

83 Damit Notfälle von Patienten und ihrer Umwelt (z.B. Familienangehörige oder Arbeitskollegen) möglichst
 84 zielsicher erkannt und dann einfach Hilfe gesucht werden kann, bedarf es einer Verbesserung der Gesund-
 85 heitskompetenz der Bevölkerung. Das APS befürwortet deshalb alle Maßnahmen, die das Wissen der Be-
 86 völkerung über Gesundheit und das Gesundheitssystem verbessern. Beispiele hierfür sind:

- 87 • Etablierung eines Schulfachs „Gesundheit und Gesundheitswesen“ oder alternativ Aufnahme ent-
 88 sprechender Inhalte in die Lehrpläne anderer Fächer an allgemeinbildenden und beruflichen Schu-
 89 len
- 90 • Aufnahme von Lehrinhalten zur Gesundheitskompetenz in Integrationskurse
- 91 • Entwicklung von Kursangeboten und deren finanzielle Unterstützung im Rahmen von betrieblicher
 92 Gesundheitsförderung
- 93 • Kampagnen z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

94 In diesem Zusammenhang sollten neben den Alarmierungswegen (112, 116 117) und Versorgungsangebo-
 95 ten (Bereitschaftspraxen, Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen) vor allem auch Informa-
 96 tionen über akut lebensbedrohliche Notfälle vermittelt werden. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang, das
 97 Bewusstsein dafür zu schärfen, dass neben Schlaganfall und Herzinfarkt auch die Sepsis ein akut lebensbe-
 98 drohlicher Notfall ist.

99

100 3. Niedrigschwelliger Zugang zu Informationen

101 In vielen Fällen sind sich Patienten nicht sicher, ob ihr gesundheitliches Problem einen akut behandlungsbe-
 102 dürftigen Notfall darstellt. Nicht selten ist dann für Patienten der erste Schritt, im Internet Informationen ein-
 103 zuzuholen oder gar eine elektronische Diagnose stellen zu lassen (z.B. über Ada, WebMD oder MedScape).
 104 Hierbei kann es leicht dazu kommen, dass Symptome fehlgedeutet werden, was sowohl Gefährdungen der
 105 Patientensicherheit durch Unterschätzung der Situation als auch unnötige Sorgen und Befürchtungen nach
 106 sich ziehen kann. Das APS befürwortet deshalb alle Angebote, die für Patienten qualitätsgesicherte und
 107 evidenzbasierte Informationen bereitstellen. Insbesondere befürwortet das APS auch telemedizinische An-
 108 gebote, die ermöglichen, durch telefonischen oder Internetkontakt niedrigschwellig eine Abklärung von
 109 Symptomen und Anleitung zur Inanspruchnahme des bestgeeigneten Versorgungsangebots zu erreichen.
 110 Dabei muss selbstverständlich gewährleistet sein, dass sofort weitere Versorgungsangebote eingebunden
 111 werden, wenn unklare oder möglicherweise gar dringliche Symptomaten bestehen. Es ist zudem wichtig,
 112 dass Patienten vor nicht validierten Onlineangeboten geschützt oder zumindest gewarnt werden.

113

114 4. Ambulante Versorgung von Notfällen

115 Die ambulante Versorgung ist eine wesentliche Säule der Notfallversorgung insgesamt. Diese besteht nicht
 116 nur im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten, sondern bereits in der
 117 Möglichkeit der Versorgung im Rahmen von Hausbesuchen. Im Interesse der Patientensicherheit ist in der
 118 Regel eine Versorgung durch den betreuenden (Haus-)Arzt einer Versorgung durch diensthabende Ärzte
 119 vorzuziehen, da durch die Tatsache, dass der Patient dem Arzt bekannt ist, Patientengefährdungen durch
 120 inadäquate Kombination von Medikamenten oder unzureichende Anamnese strukturell weniger wahrschein-
 121 lich sind. Dies gilt insbesondere bei der Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen, da es
 122 sich hier häufig um multimorbide Personen mit mehreren verordneten Medikamenten handelt. Dies setzt
 123 allerdings voraus, dass es sich um einen Notfall handelt, der vom Hausarzt adäquat versorgt werden kann.
 124 Bei Symptomen, die dringende Versorgung oder spezielle apparative Ausstattung erfordern, sollten ohne
 125 Zeitverzug andere Versorgungsangebote angesteuert werden. Und die Versorgung durch Hausärzte im Not-
 126 fall ist nur dann vorzuziehen, wenn diese trotz bestehender Arbeitsbelastung in der Praxis dem Patientenbe-
 127 darf entsprechend kurzfristig erfolgen kann. Ist dies nicht möglich, muss die Versorgung durch andere Ange-
 128 bote erfolgen.

129 Die zweite Säule der ambulanten Versorgung im Notfall sind die fahrenden Bereitschaftsdienste. Unter dem
 130 Aspekt der Patientensicherheit ist hier-unbedingt zu gewährleisten, dass hier nur Ärzte tätig werden, die über
 131 aktuelle Erfahrung in der Diagnose und Behandlung mit-dender gängigen Indikationen derartiger Notfälle
 132 und insbesondere in der Erkennung und Erstversorgung lebensbedrohlicher Notfälle (z.B. Schlaganfall, In-
 133 farkt, Sepsis, allergischer Schock, Exacerbationen bei Diabetes oder Asthma) verfügen. Der Einsatz von
 134 patientenfernen Ärzten (z. B. Labormediziner, ärztliche Psychotherapeuten, Pathologen, Radiologen) im
 135 allgemeinen Bereitschaftsdienst, sofern diese nicht nachweislich, kontinuierlich und umfangreich im Thema
 136 Notfall fortgebildet sind, ist mit erhöhten Risiken für die Patienten verbunden und deshalb abzulehnen. Aus
 137 ähnlichen Überlegungen heraus ist es für die Patientensicherheit vorteilhaft, wann immer möglich einen ge-
 138 sonderten kinderärztlichen Bereitschaftsdienst vorzusehen.

139 Die dritte Säule der ambulanten Notfallversorgung besteht aus stationären-ortsgebundenen ambulanten
 140 Versorgungsangeboten in Form von Bereitschaftspraxen und Portalpraxen. Diese haben gegenüber der
 141 dezentralen Versorgung durch einzelne Ärzte, die in ihren Praxen Bereitschaftsdienst haben, den großen
 142 Vorteil, dass sie in der Bevölkerung Bekanntheit erlangen und deshalb der Zugang erleichtert ist. Hier sind
 143 insbesondere solche Konzepte sinnvoll, die auch (im Vergleich zum Fahrdienst) erweiterte diagnostische
 144 Möglichkeiten (z.B. Ultraschall, EKG, Röntgen) oder fachärztliche Angebote (z.B. Gynäkologie, Augenheil-
 145 kunde) bieten. Prinzipiell stellen Portalpraxen an Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen,
 146 unter dem Blickwinkel der Patientensicherheit die beste Variante dar. Dort ist die Möglichkeit gegeben, Pati-
 147 enten, bei denen sich herausstellt, dass es sich um einen akut bedrohlichen Zustand handelt, ohne weiteren
 148 Zeitverlust durch Transporte entsprechend (intensiv-)medizinisch betreuen zu können. Aber auch Bereit-
 149 schaftspraxen in anderen Räumlichkeiten, wenn sie gut ausgestattet sind, können durch hohe Bekanntheit in
 150 der Bevölkerung und einfache Zugänglichkeit eine wertvolle Ergänzung sein (z.B. Bereitschaftsdienstpraxis
 151 der KV Bayerns im Münchner Hauptbahnhof/Elisenhof).

153 5. Telefonische Kontaktaufnahme und Alarmierungswege

154 Es ist wichtig, dass Patienten im Notfall über gut bekannte Notrufnummern zuverlässig, rasch und kompetent
 155 an Versorgungsangebote vermittelt werden. Die 112 ist hier seit langem etabliert, die Rufnummer 116 117
 156 für die Vermittlung des Bereitschaftsdienstes ist derzeit weit weniger bekannt.

157 Ein besonderes Problem besteht in der zersplitterten und föderal uneinheitlichen Struktur der Entgegennah-
 158 me und Bearbeitung der Anrufe, die über diese beiden Rufnummern erfolgen. Der Sachverständigenrat im
 159 Gesundheitswesen hat hierzu das Idealbild der Integrierten Leitstellen entworfen. Dieser Zielvorstellung
 160 schließt sich das APS ausdrücklich an. Unabhängig davon, ob auf politischer Ebene entschieden wird, an
 161 beiden Rufnummern festzuhalten oder nicht (für beides gibt es Vor- und Nachteile), spricht sich das APS
 162 insbesondere dafür aus, ein strukturiertes, softwareunterstütztes Vorgehen im Notrufdialog anzuwenden, um
 163 möglichst sicherzugehen, dass Patienten auch mit dem Versorgungsangebot bzw. Rettungsmittel versorgt
 164 werden, das der medizinischen Dringlichkeit ihrer Situation am ehesten entspricht. Unstrukturierte Gesprä-
 165 che ohne Gesprächsleitfaden („freie Notrufabfrage“) bergen selbst bei hochqualifiziertem und -motiviertem
 166 Personal erhebliche Risiken, wenn z.B. insbesondere unter Zeitdruck wichtige Aspekte nicht erfragt werden
 167 und es in der Folge zu Patientengefährdung durch unzulängliche Hilfe kommt. Hier ist auch immer zu be-
 168 rücksichtigen, dass die betroffenen Patienten über ganz unterschiedliche Ressourcen zur Selbsthilfe verfü-
 169 gen, was in die Entscheidungen der Leitstelle einzubeziehen ist. Und schließlich arbeitet das APS mit sei-
 170 nem Memo zum unerkannten Notfall daran, der Unterschätzung von individuellen Versorgungsbedarfen
 171 entgegenzuwirken.

172 Neben dem softwareunterstützten strukturierten Notrufdialog muss auch die Erreichbarkeit gewährleistet
 173 sein. Lange Warteschleifen, bevor Anrufer mit einer qualifizierten Fachkraft in der Leitstelle verbunden wer-
 174 den, oder gar Abweisungen bei voller Warteschleife sind im Interesse der Patientensicherheit unbedingt zu
 175 vermeiden. Da die hierfür notwendigen Überlaufkapazitäten weder personell noch finanziell auf Kreisebene,
 176 also hochgradig redundant, vorgehalten werden können, sind größere Organisationseinheiten dringend zu
 177 empfehlen.

178 Der Sachverständigenrat weist weiterhin auf die Vorteile hin, wenn die Leitstellen auch ärztliche Kompetenz
 179 hinzuziehen können. Diese kann genutzt werden, um unklare Symptomlagen besser abzuklären, aber auch,
 180 um Anleitung zur Akutversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsmitteln zu geben. Folglich sind derartige
 181 Ergänzungen ebenfalls im Interesse der Patientensicherheit angeraten.

182 Als weiterer, dringend zu adressierender Punkt, ist die Barrierefreiheit der Notfallversorgung zu nennen (üb-
 183 rigens nicht nur im Bereich der Rettungsleitstellen, sondern im gesamten Versorgungsprozess). Gemeint ist
 184 hier nicht nur (in erster Linie) die physische Erreichbarkeit von Notaufnahmen und Bereitschaftspraxen für
 185 Menschen mit Einschränkungen der Mobilität, obwohl diese selbstverständlich auch gegeben sein muss.
 186 Gerade im Zusammenhang mit der Alarmierung von Hilfe im Notfall werden vor allem auch Sinnesein-
 187 schränkungen und Fremdsprachlichkeit von Hilfesuchenden zur Barriere, die im Interesse der Patientensi-
 188 cherheit überwunden werden muss. So sollten Alarmierungen des Rettungsdienstes durch einen Notrufdia-
 189 log auch für Gehörlose möglich sein, indem z.B. textbasierte Apps angeboten werden. Und wenn man
 190 über eine hohe Zentralisierung zumindest dieser spezialisierten Leistungen von Leitstellen nachdenkt zentra-
 191 lisiert werden, wäre auch die Vorhaltung von mehrsprachigem Personal zumindest für häufige Fremdspra-
 192 chen nicht mehr abwegig möglich.

193

194 6. Lenkung und Transport von Patienten in die bestgeeignete Versorgung

195 Egal ob ein Patient über eine Leitstelle die Information zu Versorgungsangeboten bekommt oder ob die Be-
 196 satzung eines Rettungstransportwagens oder -hubschraubers einen Patienten zu einem Krankenhaus bringt,
 197 in beiden Fällen ist wichtig, dass eine Lenkung hin zum bestgeeigneten Versorgungsangebot stattfindet.
 198 Entsprechend sollte auch die Rechtslage in Bezug auf die Vorgaben für den Rettungstransport gestaltet
 199 werden. Dabei setzt sich die Eignung aus mehreren Dimensionen zusammen.

200 Wichtigster Aspekt ist, dass am Zielort die nötige Kompetenz (fachlich-personell wie hinsichtlich Infrastruktur)
 201 für die Versorgungsbedürfnisse des Patienten vorliegt. Es gibt verschiedene spezialisierte Versorgungsan-
 202 gebote (z.B. Schlaganfall- oder Traumazentren, Kinderversorgung), die nachweislich ein besseres Outcome
 203 für die dort versorgten Patienten generieren. Es dient der Patientensicherheit nicht, wenn Patienten zwar
 204 rasch zu einem nahegelegenen Versorgungsangebot transportiert werden, dort aber nur eine erste Stabili-
 205 sierung stattfinden kann, bevor weitere Transporte in adäquate Versorgungseinrichtungenangebote erfolgen.
 206 Insbesondere bei vielen vital bedrohlichen Zuständen (z.B. Schlaganfall, Polytrauma) bedeutet die so verlo-
 207 rene Zeit, dass sich für das Outcome kritische Behandlungsfenster geschlossen haben. Ziel im Interesse der
 208 Patientensicherheit muss also sein, dass gleich der erste Transport oder die erste Vermittlung zum richtigen
 209 Ziel führt. Um das zu gewährleisten, muss gegenüber den Leitstellen komplette Transparenz hinsichtlich des
 210 sicher zu beherrschenden Leistungsspektrums und der relevanten Infrastrukturausstattung der Versor-
 211 gungsangebote geschaffen werden. Dies sollte idealerweise in einem elektronischen System hinterlegt wer-
 212 den, auf das Leitstellen wie auch Besatzungen von Rettungsmitteln Zugriff haben.

213 Zweiter wichtiger Aspekt ist die Verfügbarkeit bzw. aktuelle Auslastung der Versorgungsangebote. Entspre-
 214 chend sollten in dem o.g. elektronischen System in Echtzeit freie Behandlungskapazitäten angezeigt wer-
 215 den, damit Transporte gezielt diese ansteuern können und keine wertvolle Zeit mit Irrfahrten versäumt wird.
 216 Für die Krankenhausplanung sollten Auswertungen der verfügbaren Plätze und insbesondere lokalen und
 217 fachlichen Engpässe zur Verfügung gestellt werden, um sicherheitsrelevante Versorgungslücken und über-
 218 lange Transportzeiten zu vermeiden.

219 Und schließlich gilt es auch im Interesse der Patientensicherheit, Overcrowding-Effekte zu vermeiden. Das
 220 bedeutet, dass die Patienten durch Leitstellen und Transportdienste zu den Versorgungsangeboten geleitet
 221 werden sollen, die für ihre Versorgung ausreichend qualifiziert und ausgestattet, aber nicht überdimensio-
 222 niert sind. Freie Kapazitäten für Patienten mit potentiell oder akut vitalbedrohlichen Zuständen sind essenti-
 223 elle Elemente der Daseinsvorsorge. Sie sollten keinesfalls durch einfacher zu versorgende Patienten ver-
 224 stopft werden. Um das zu erreichen, sollten alle organisatorischen Mittel genutzt werden, aber keine (finan-
 225 zielle) Abschreckung der Patienten bezüglich der Inanspruchnahme erfolgen, um Patientensicherheit nicht
 226 zu gefährden.

227 Bezüglich des Transports ist neben der Verfügbarkeit der Rettungsmittel (bei denen auch Versorgungseng-
 228 pässe durch Fehlnutzung zu verzeichnen sind) auch die Qualifikation des eingesetzten Personals zu be-
 229 rücksichtigen. Dieses muss nicht nur über die entsprechende Aus- und Weiterbildung verfügen, sondern
 230 auch an den eingesetzten medizintechnischen Geräten trainiert, bzw. in diese eingewiesen sein. Hierfür sind
 231 Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

232

233 7. Die Notaufnahme als Anlaufstelle für Notfallpatienten

234 Notaufnahmen von Krankenhäusern werden immer eine zentrale Anlauf- und Schnittstelle für die Versor-
 235 gung von Patienten im Notfall sein. Hier treffen Menschen mit dem Rettungswagen oder Rettungshub-
 236 schrauber ein, andere wiederum suchen die Notaufnahme selbständig auf. Im Interesse der Patientensi-
 237 cherheit ist unabdingbar, dass alle Patienten, die in eine Notaufnahme kommen, binnen kurzer Zeit von einer
 238 entsprechend qualifizierten und erfahrenen Pflegekraft einer Ersteinschätzung auf der Grundlage eines fünf-
 239 stufigen und softwareunterstützten Systems bezüglich der Dringlichkeit ihrer medizinischen Versorgung un-
 240 terzogen werden. Das gestufte Konzept der stationären Notfallversorgung, das der G-BA verabschiedet hat,
 241 sieht vor, dass diese ErsteinschätzungTriage innerhalb von 10 Minuten erfolgen muss. Diese Forde-
 242 rung unterstützt das APS ausdrücklich. Insbesondere hinsichtlich der Erkennung von potentiell lebensbe-
 243 drohlichen Notfällen bei unklaren oder untypischen Symptomen (z.B. Sepsis, Herzinfarkt bei Frauen) darf

244 nicht davon ausgegangen werden, dass die Ersteinschätzung von Patienten, die die Notaufnahme aus eige-
 245 ner Kraft aufsuchen, länger aufgeschoben oder gar unterlassen werden kann.

246 Ein weiteres schwerwiegendes Problem von Notaufnahmen besteht im sog. Overcrowding, d.h. die Versor-
 247 gungskapazitäten der Notaufnahmen werden überstrapaziert, weil Patienten nicht in weiterversorgende An-
 248 gebote abgegeben werden können. Die Folge ist, dass neu eintreffende Notfälle nicht sicher versorgt wer-
 249 den können. Um diesen negativen Effekt auf die Patientensicherheit zu vermeiden, befürwortet das APS u.a.
 250 die vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen gemeinsamen Empfangstresen in der Notaufnahme. Insbe-
 251 sondere, wenn diese mit der Kompetenz (und Softwareunterstützung) zur Ersteinschätzung und zur Vermitt-
 252 lung in angeschlossene weiterversorgende Angebote z.B. der vertragsärztlichen Versorgung ausgestattet
 253 sind, können so wesentliche Probleme der Patientensicherheit gelöst werden. Grundsätzlich muss die Ent-
 254 scheidung, in welche Versorgung die Patienten vom gemeinsamen Tresen aus geleitet werden, ausschließ-
 255 lich vom Patientenbedarf bestimmt sein.

256 Ebenso befürwortet das APS, dass nur solche Krankenhausstandorte als integrierte Notfallzentren ausge-
 257 wiesen und gegenüber der Bevölkerung aktiv kommuniziert werden, die über die Kapazitäten verfügen, um
 258 Notfälle auch rasch auf Intensiv- und andere Stationen aufzunehmen. Das gestufte Konzept der Notfallver-
 259 sorgung, das im April 2018 vom G-BA beschlossen wurde, sieht hier je nach Versorgungsstufe verschiedene
 260 Mindestausstattungen hinsichtlich Fachabteilungen und insbesondere Intensivbetten vor. Derartige Vorga-
 261 ben unterstützt das APS ausdrücklich. Und schließlich sind auch die Krankenhäuser in der Pflicht, bekann-
 262 ten bzw. erwartbaren Schwankungen (z.B. Grippesaison, Silvester, Hitzewelle) durch Kapazitätssteuerung
 263 innerhalb der Notaufnahmen und durch Belegungssteuerung im elektiven Bereich der aufnehmenden Statio-
 264 nen entgegenzuwirken.

265

266 **8. Ausstattung der Notaufnahme**

267 Damit Notfallpatienten in den Notaufnahmen adäquat versorgt werden können, müssen drei wesentliche
 268 Voraussetzungen gegeben sein:

- 269 1. Es müssen die für Diagnostik und Akutbehandlung/Stabilisierung nötigen Geräte und Ausstattungs-
 270 merkmale vorhanden sein.
- 271 2. Es muss jederzeit bzw. zumindest binnen sehr kurzer Frist ärztliches Personal mit allen für die jeweilige
 272 Versorgungssituation nötigen Fachkenntnissen verfügbar sein.
- 273 3. Es müssen ausreichend und ausreichend qualifizierte Pflegekräfte vorhanden sein. Hinsichtlich Qualifi-
 274 kation ist auch die Einweisung in/das Training an den eingesetzten medizintechnischen Geräten zu ge-
 275 währleisten.

276 Auswertungen zeigen, dass noch immer Notfälle wie z.B. Schlaganfall oder Infarkt, die zur Behandlung einer
 277 bestimmten apparativen Ausstattung bedürfen, an Standorten versorgt werden, die nicht über die nötigen
 278 Geräte verfügen. Dass sich daraus erhebliche Risiken für die betroffenen Patienten ergeben, liegt auf der
 279 Hand. Darüber hinaus ist aber auch die Verfügbarkeit fachärztlichen Personals in der Notaufnahme weder
 280 sofort noch innerhalb hinnehmbarer Alarmierungszeiten an allen Standorten, die Notfälle behandeln, gege-
 281 ben. Die Ansätze aus der kürzlichen Gesetzgebung, also die Definition von personellen Mindestausstattun-
 282 gen und Alarmierungszeiten in Kombination mit der Ausweitung von Sicherstellungszuschlägen, wird hier
 283 ausdrücklich begrüßt und sollte im Interesse der Patientensicherheit nachdrücklich umgesetzt werden.

284 Beispielsweise in den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ist vorgegeben, dass die zentrale
 285 Notaufnahme ein eigener organisatorischer Bereich ist. Mit einer solchen Organisationsstruktur wird unter-
 286 stützt, dass die für die Behandlung der Notfallpatienten in Abhängigkeit von der Versorgungsstufe nötigen

287 Ressourcen auch tatsächlich in der Notaufnahme zur Verfügung stehen, was im Interesse der Patientensicherheit unerlässlich ist. So wird auch der Fehlentwicklung vorgebeugt, dass die Notaufnahme mit personellen und materiellen Ressourcen betrieben wird, die von anderen Fachbereichen, möglicherweise gegen interne Widerstände, bereitgestellt werden.

291 Notfallversorgung ist fachlich höchst anspruchsvoll und vielfältig. Insbesondere ist im Interesse der Patientensicherheit zu vermeiden, dass wenig erfahrenes (ärztliches oder pflegerisches) Personal für Tätigkeiten in der Notaufnahme verantwortlich abgestellt wird, die über dem individuellen Qualifikationsprofil liegen.

294 ~~Notfallversorgung ist fachlich höchst anspruchsvoll und vielfältig.~~ Auch wWenn ärztliches Personal insbesondere mit spezialisiertem Tätigkeitsspektrum, das von dem der Notfallversorgung stark abweicht, oder unzureichender persönlicher Erfahrung hier alleinverantwortlich tätig wird, sind Überforderungssituationen und damit Gefährdungen der Patientensicherheit vorprogrammiert. Deshalb erscheint mit Blick auf Standorte der erweiterten und insbesondere der umfassenden Notfallversorgung angeraten, den Einsatz speziell weiterausgebildeter Fachärzte und Pflegekräfte anzustreben.

300 Bei der Ausstattung der Notaufnahme ist auch dem Aspekt Rechnung zu tragen, dass häufig auch Patienten mit eingeschränkter Kognition (z.B. Menschen mit Demenz) zu versorgen sind. Die entsprechenden kommunikativen und pflegerischen Fähigkeiten hierfür wie auch für den Umgang mit verängstigten oder aufgewühlten Angehörigen müssen geschult und eine entsprechende Personalvorhaltung vorgesehen werden.

304

305

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis
- sachliche und faktenbasierte Information
- lösungsorientierte und kooperative Zusammenarbeit
- Offenheit und Transparenz

Kontakt:

Hedi François-Kettner, Vorsitzende

Geschäftsstelle des APS
Am Zirkus 2, 10117 Berlin
Tel. 030 3642 816 0
Email: info@aps-ev.de
Internet: www.aps-ev.de