

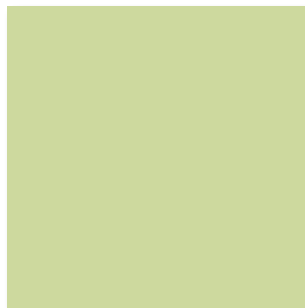
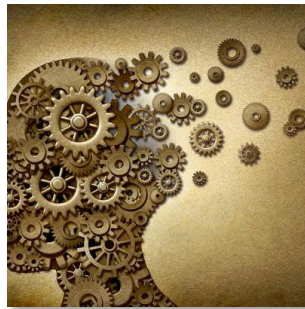
ENTWICKLUNGEN IN DER DER NOTFALLVERSORGUNG

„INTEGRIERTE NOTFALLVERSORGUNG –RETTUNGSDIENST IM FOKUS“

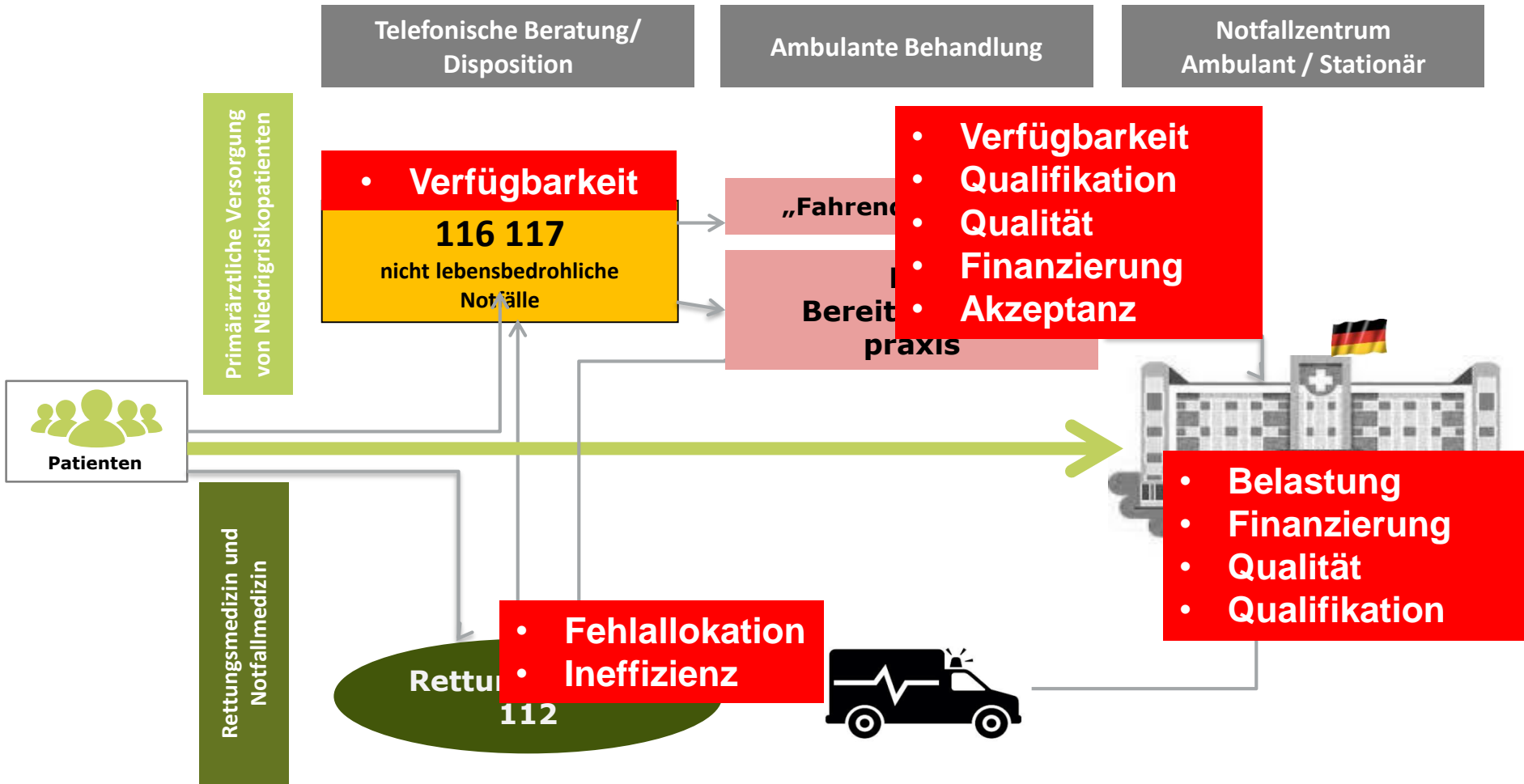
Stephan Prückner

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement

LMU Klinikum



NOTFALLVERSORGUNG: VERBESSERUNGSPOTENZIALE 2018 (= 2021)



Quelle: Dodt/Roßbach-Wilk

STEIGENDE EINSATZZAHLEN

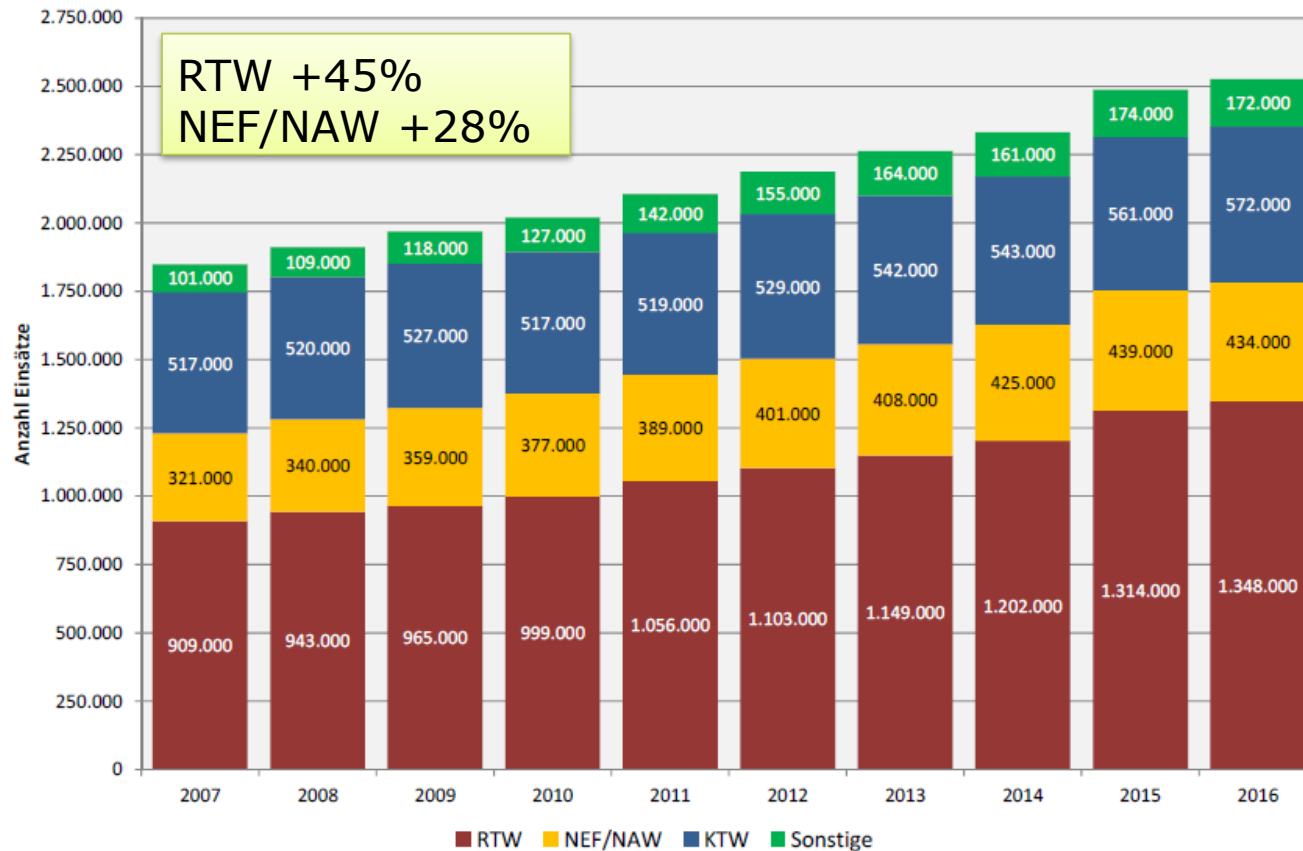


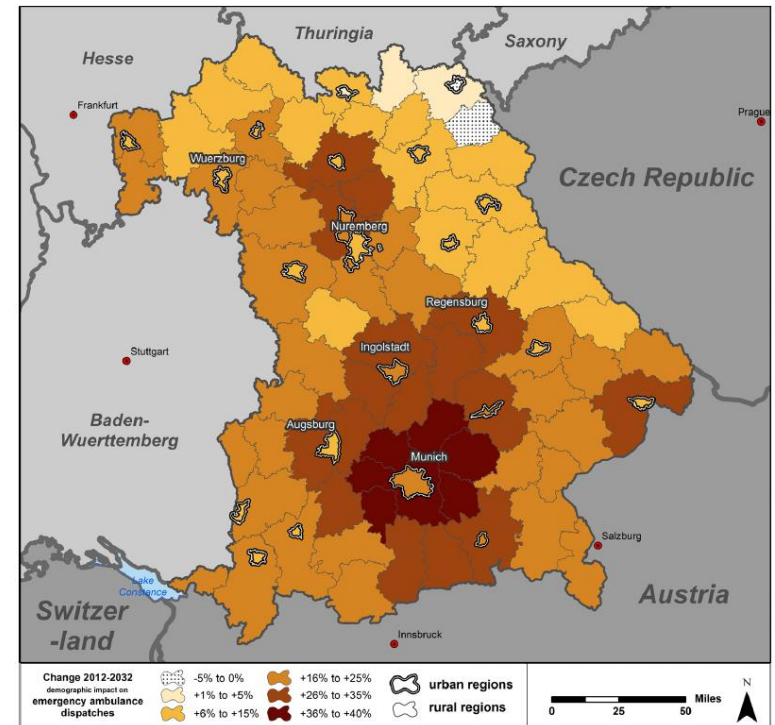
Abbildung 11: Entwicklung der Einsatzzahlen differenziert nach dem Rettungsmitteltyp
 Beobachtungszeitraum: 2007 bis 2016; N = 21.651.000 Einsätze; gerundete Werte; gestapelte Säulen

http://www.inm-online.de/images/stories/pdf/Rettungsdienstbericht_Bayern_2017.pdf

The demographic impact on the demand for emergency medical services in the urban and rural regions of Bavaria, 2012–2032

Alexander Vesper¹ · Florian Sieber¹ · Stefan Groß¹ · Stephan Prückner¹

- Notfalleinsätze allein aufgrund demographischer Entwicklung: **+21%**
- Regionale Unterschiede von -3% bis +41%



A. Vesper et al. J Public Health 2015

POTENZIELLE FAKTOREN DER INANSPRUCHNAHME

Soziodemographie

Ethnizität
Alter
Migrationshintergrund
Arbeitslosigkeit
Haushaltseinkommen
Geschlecht
Bildung
Versicherungstatus
Einkommen
Individuelles
Deprivation
Armut
Soziale Benachteiligung
Anteil älterer Menschen

Infrastruktur

Zugang zu ärztlicher Versorgung
Krankenhausinfrastruktur
Pflegeheime
Öffnungszeiten
Ländlicher Raum
Ärztedichte
Distanz zum nächsten Krankenhaus

Gesundheitsverhalten

Rauchen
Alkoholkonsum
BMI
Prävention

Patientencharakteristika

Gesundheitsverhalten
Gesundheitsbewusstsein
Wissen
Risikoaversion
Patienteninformation
Auswahlmöglichkeiten
Wahrnehmung von Krankheit
Inanspruchnahmeverhalten
Einschränkungen im Alltag
Einstellung

Morbidität

Prävalenz
subjektiver Gesundheitszustand
Gesundheitsstatus
Diagnosen
Chronische Erkrankung
Hauptbeschwerde
Multimorbidität
Medikamenteneinnahme

Interpersonelle Faktoren

Unterstützung
Soziale Isolation
Einpersonenhaushalt

System

Spezialisierte Rollen
Überweisungspfade
Kontinuität der Behandlung
Palliativversorgung
Versorgungsalternativen
Preisgestaltung
Bequeme Nutzung
Qualität der hausärztlichen Versorgung
Triage
Risikoaverse
Anbindung an Hausarzt

Analyse der Behandlungszahlen in den Münchener Notaufnahmen des Jahres 2013/2014

Analysis of Treatment Figures in the Munich Emergency Rooms 2013–2014

Autoren

Heiko Trentzsch¹, Christoph Dodt², Christian Gehring¹, Alexander Vesper¹, Karl-Walter Jauch³, Stephan Prückner¹,
Studiengruppe „Runder Tisch Notfallversorgung Landeshauptstadt München“

- 34% der Patienten stationär aufgenommen
- 80% kamen ohne Rettungsdienst
- Jeder 7. dieser Patienten brauchte IMC/Intensivkapazität
- Insgesamt rel. niedrige Dringlichkeit
- Hoher Aufwand durch Diagnostik und chirurgische Versorgung
- Überwiegend zu Zeiten, wo auch die kassenärztliche Versorgung möglich gewesen wäre

Unfallchirurg 2019 · 122:44–52
<https://doi.org/10.1007/s00113-018-0577-5>
Online publiziert: 6. November 2018
© Der/die Autor(en) 2018

Redaktion
W. Mutschler, München
H. Polzer, München
B. Ockert, München



P. Biberthaler¹ · L. Förschner¹ · C. Gehring² · H. Trentzsch² · K.-G. Kanz¹ · S. Prückner²

¹ Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland

² Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, München, Deutschland

Stellenwert der Unfallchirurgie für die Notaufnahmen einer deutschen Millionenstadt – Eine Auswertung von 524.716 Notfallpatienten

- 43% der Patienten in den Notaufnahmen für das Fach Unfallchirurgie/Orthopädie
- 79% davon ambulant geführt
- Verletzungen des Kopfes (18%).
- Frakturen (20%).
- tiefe Wunden (14%).

HERAUSFORDERUNG: FOKUS KRITISCH KRANKE PATIENTEN

- Erkennen des Notfalls, Auswahl Rettungsmittel
- Geeignetes Krankenhaus
- Ausgewiesene Kapazitäten nicht vorhanden
(Personalmangel, Strukturelle Defizite)
- Keine/unzureichende Planung von
Behandlungskapazitäten

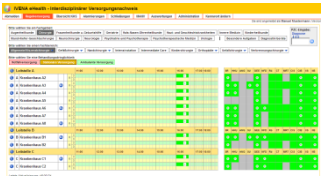
ZENTRALER VERTEILER: LEITSTELLE

Telenotarzt

Unterstützung bei
Notrufabfrage

tCPR

Geeignete Zielklinik
(IVENA)



Patient

Einsatzleitrechner

GPS-Tracking
(rescue track)



Dynamische
Disposition

VERBESSERUNG DER PATIENTENSTEUERUNG / SMED



Leichte Sprache



Gebärdensprache



Fax-Formular



Menü

Der ärztliche Bereitschaftsdienst

Medizinische Hilfe in der Nacht, am Wochenende
und an Feiertagen

Praxen im Bereitschaftsdienst

Wenn Ihr Arzt zu hat, hilft der ärztliche Bereitschaftsdienst.
Suchen Sie hier nach Praxen in Ihrer Nähe:

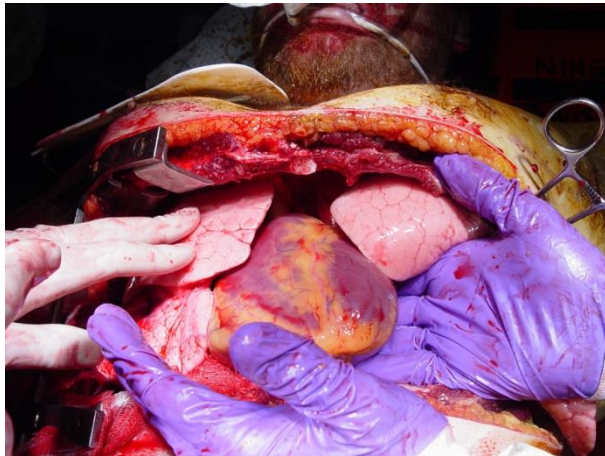


11 von 24 - Zwischenablage
Element nicht gesammelt: Löschen Sie

INSTRUMENTE IM RETTUNGSDIENST



ALTERNATIVEN - HOCH-SPEZIALISIERTE TEAMS



*CJC Kirk et al. Br. J Surg. 1993
JP Nicholls et al. BMJ 1995
A Newton et al. J Trauma 2008
T. Harris et al. Emerg Med J 2011*

ALTERNATIVEN – GEMEINDE NOTFALLSANITÄTER



ALTERNATIVEN: TELENOTARZT



R. Rossaint Notfall Rettungsmedizin 2017

J Brockmann Anästhesist 2015

S Bergrath et al. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013

- Technisch-organisatorisches Konzept zum ressourcenschonenden Umgang mit dem Notarzt vor Ort
- Kein Ersatz für Notarzt!
- Beratung und Entscheidungsfindung für RD-Personal
- Verkürzung des Intervalls bis zum Eintreffen des NA
- Vorbereitung indizierter Maßnahmen
- Supervision

RELEVANZ VON EINSATZSTEIGERUNGEN

Eine Steigerung des Notfallaufkommens führt **nicht zwangsläufig** zu einem höheren Bedarf an Ressourcen in der Notfallrettung.

Dieser ist abhängig z. B. von

- Gesamteinsatzaufkommen im Versorgungsbereich
- regionaler Verteilung
- zeitlicher Verteilung
- Struktur der Rettungswachen

BLINDFLUG



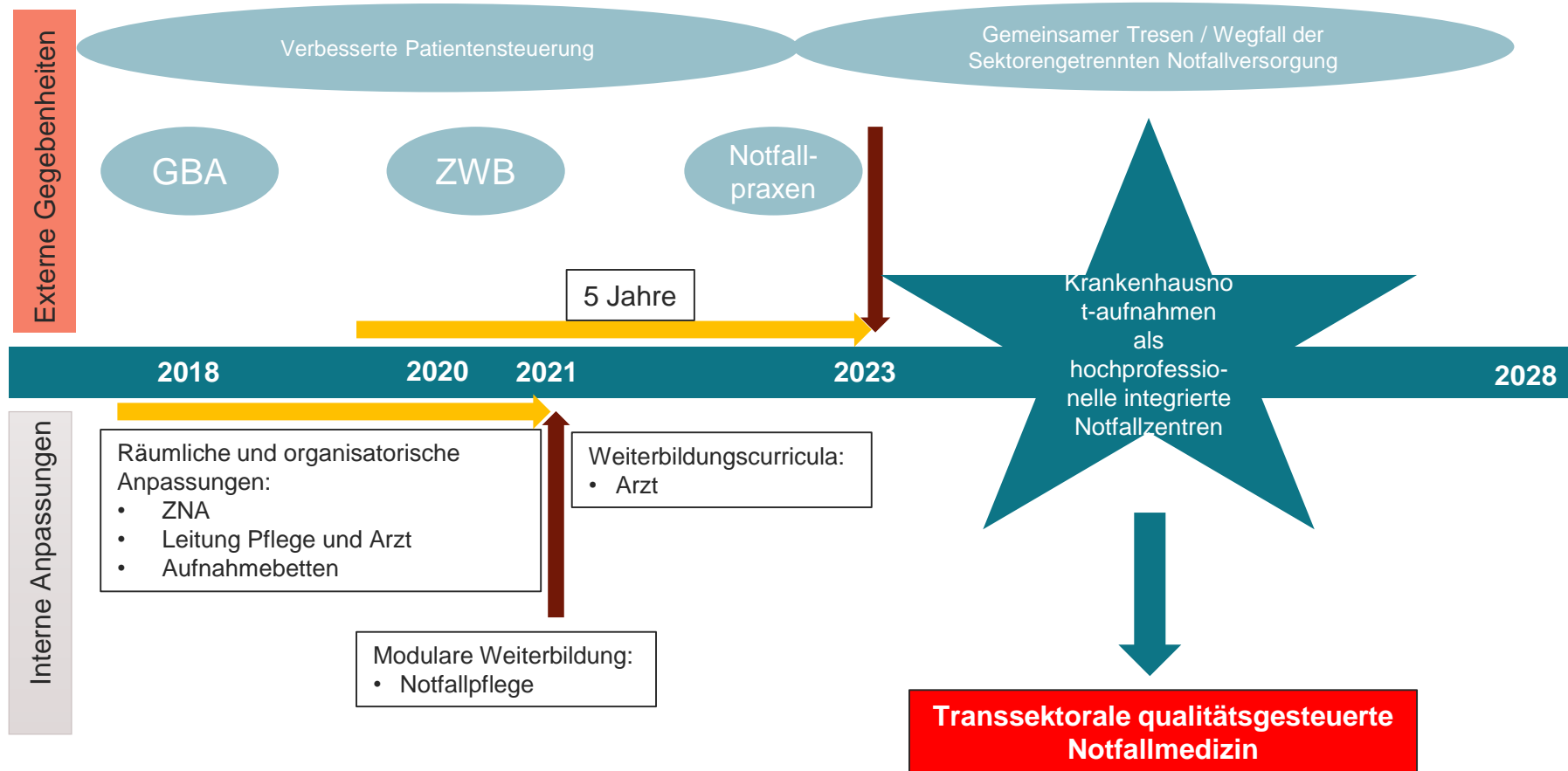
imago/westend61

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INSTITUT FÜR NOTFALLMEDIZIN
UND MEDIZINMANAGEMENT

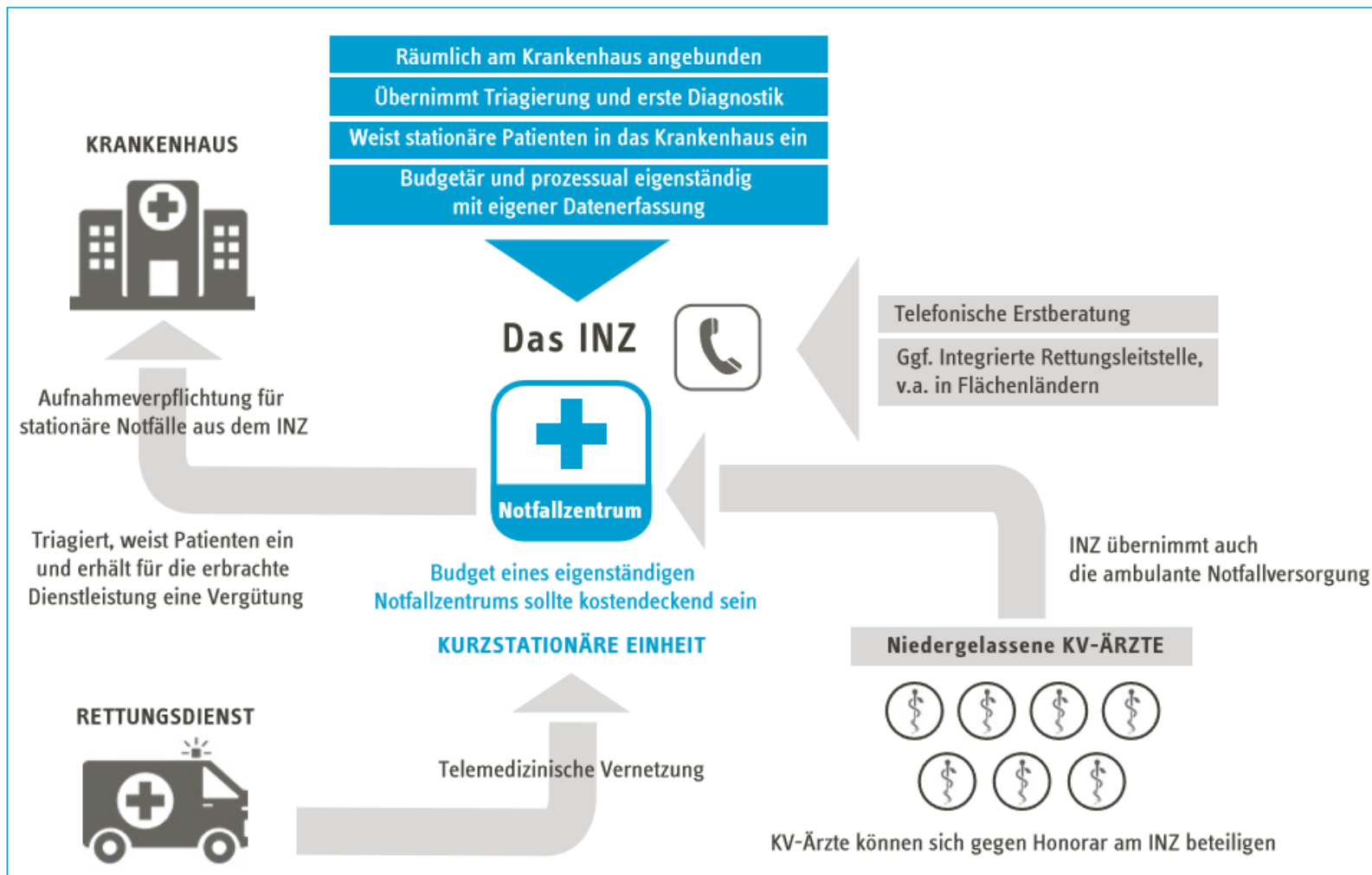


Ab 2023: Phase der Konsolidierung & Optimierung



Prof. Christoph Dodt, München Klinik

Notfallmedizin 2028: Transektoral und ohne Datenbarriere



+ Rettungsdienst

Notaufnahmeorganisation 2028:

Notfallmedizin aus einem Guss

Die Qualität der Notfallmedizin ist vom Ort des Eintretens des Notfalls bis zum Ende der Behandlungskette nachvollziehbar

FAZIT

- Auswirkungen der verschiedenen Maßnahmen schwer abzuschätzen
- Bedarfsorientierte Strukturen – nicht nur „gemeinsamer Tresen“ (aufsuchende Dienste, Geriatrie)
- Hohe Anforderungen an Disposition
- Anpassung der rettungsdienstlichen Strukturen nötig
- Planung und Sicherstellung der Kliniklandschaft neu gestalten
- Daten- und Qualitätsmanagement für alle Player

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT



Dr. Stephan Prückner

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement

Klinikum der Universität München

Telefon: 089 / 4400-57101

E-Mail: stephan.prueckner@med.uni-muenchen.de

Internet: www.inm-online.de

