

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	CSG Clinische Gesellschaft mbH
Förderkennzeichen:	01VSF16062
Akronym:	Notfall- und Akutversorgung Brandenburg
Projekttitlel:	Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg
Autoren:	Dr. Martin Albrecht, Dr. Marc Kurepkat, Steffen Lütte, Dr. Stefan Loos, Dr. Monika Sander, Guido Schiffhorst
Förderzeitraum:	15. Dezember 2016 – 14. Dezember 2020

1. Zusammenfassung.....	2
2. Beteiligte Projektpartner	3
3. Einleitung	3
4. Projektdurchführung	6
5. Methodik	7
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	14
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....	37
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	37
9. Anlagen.....	37
Literatur	38

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Die Notfall- und Akutversorgung ist seit einigen Jahren ein zentrales Thema der gesundheitspolitischen Diskussion. Als primäre Probleme wurden etwa zu hohe Belastung der Notaufnahmen bzw. Rettungsstellen der Krankenhäuser, die zu hohe Einsatzzahlen des Rettungsdienstes, Qualitätsdefizite in der stationären Notfallversorgung und eine schlechte Erreichbarkeit der Notfall- und Akutversorgung in ländlichen Regionen bei redundanten Strukturen in den Städten diskutiert. Ziel des Projekts war es daher, für das relativ dünn besiedelte Flächenland Brandenburg, eine sektorenübergreifende Bestandsaufnahme und Bewertung der drei Säulen der Notfall- und Akutversorgung (Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhaus-Notfallaufnahme, Rettungsdienst) durchzuführen, regionale Modellansätze zu evaluieren und Konzepte und Maßnahmen für eine Verbesserung der Akut- und Notfallversorgung (in Brandenburg) zu entwickeln.

Methodik

Das Projekt basiert in weiten Teilen auf Analysen von Leistungs- und Abrechnungsdaten insbesondere zur Krankenhausversorgung und zur vertragsärztlichen Versorgung. Weiter wurden eine quantitative Bevölkerungsbefragung, eine quantitative Patientenbefragung sowie eine qualitative Befragung von Leistungserbringern in allen drei „Säulen“ durchgeführt. Zudem wurde die verfügbare aktuelle Literatur zur Akut- und Notfallversorgung in Brandenburg und Deutschland insgesamt ausgewertet. Teilergebnisse wurden mit den Projektbeteiligten und externen Experten in Workshops diskutiert.

Ergebnisse und Diskussion

Im Bundesländervergleich zeigt sich in Brandenburg eine überdurchschnittliche hohe Inanspruchnahme der stationären Notfallversorgung und eine deutlich unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der ambulanten (Notfall-)Versorgung. Ein Grund: die bundesweit niedrigste Arztdichte bei guter Erreichbarkeit der Krankenhäuser. Das Wissen der Bevölkerung zur Akut- und Notfallversorgung ist gut, und die Bevölkerung bewertet die Versorgung in Krankenhausnotaufnahmen, in Bereitschaftspraxen oder durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst überwiegend als gut bis sehr gut. Auch die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes ist in Brandenburg überdurchschnittlich hoch und in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Vor allem ländlichen Regionen wird die rechtlich vorgegebene Hilfsfrist dabei einerseits vielfach nicht eingehalten; andererseits sind die dort vorgehaltenen Rettungswachen häufig nur gering ausgelastet und binden dauerhaft knappe Personalressourcen. Insgesamt zeigt sich eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme aufwändigerer, aber relativ leicht und schnell erreichbarer/verfügbarer Versorgungsformen (Krankenhaus, RTW/Notarzt). Ziel von Reformansätzen ist, es besser verfügbare und erreichbare Versorgungsangebote insbesondere im vertragsärztlichen Bereich zu schaffen und den Rettungsdienstleitstellen vermehrt alternative Dispositionsmöglichkeiten unterhalb der RTW zu geben: Der ärztliche Bereitschaftsdienst wurde dazu in letzten Jahren grundlegend reformiert und in den Regionen schrittweise neu aufgebaut. Die Inanspruchnahme dieser neuen Versorgungsform ist zuletzt deutlich angestiegen; vielversprechende Modellprojekte im Rettungsdienst sind aber noch stark regional begrenzt. Am Beispiel der zwei häufigen, schwerwiegenden Notfallindikationen (Schlaganfall, Herzinfarkt) zeigt sich, dass die stationäre Notfallversorgung nicht an allen Standorten unter den gleichen qualitativen Voraussetzungen stattfindet. Wenn man den Zugang nur zu den Krankenhäusern betrachtet, die anerkannte qualitätsbezogene Mindestanforderungen erfüllen, werden Einschränkungen der Erreichbarkeit in peripheren Regionen sichtbar. Hier könnten verschiedene Maßnahmen (Leistungskonzentration auf weniger Standorte, verstärkter Einsatz von Telemedizin, Verbesserung der Notfall-Transportmöglichkeiten für Patienten und/oder medizinisches Fachpersonal) zu einer Verbesserung beitragen.

2. Beteiligte Projektpartner

Der vorliegende Bericht stellt die zentralen Ergebnisse des Projekts "Notfall- und Akutversorgung Brandenburg – Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg" dar, welches im Zeitraum vom 15. Dezember 2016 bis 14. Dezember 2020 aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung (§ 92a Abs. 2 SGB V) gefördert wurde. Das Projekt stand unter Leitung der CSG Clinische Studien Gesellschaft mbH, Berlin, und wurde wissenschaftlich begleitet von der IGES Institut GmbH, die den vorliegenden Ergebnisbericht federführend erstellt hat.

Projektpartner waren die ständigen Mitglieder des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V in Brandenburg:

- das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg,
- das Ministerium des Innern und für Kommunales (als das zeitweise für das Rettungswesen zuständige Ministerium),
- die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg,
- die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen:
 - AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
 - Verband der Ersatzkassen e. V. (bevollmächtigt von BARMER, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit)
 - BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Berlin und Brandenburg
 - IKK Brandenburg und Berlin
 - KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus
- die Landeskrankengesellschaft Brandenburg e. V.
- die kommunalen Spitzenverbände in Brandenburg
 - Landkreistag Brandenburg e. V.
 - Städte- und Gemeindebund Brandenburg e. V.

sowie der Landespflegerat Berlin-Brandenburg.

Themenbezogen wurden darüber hinaus zahlreiche Expertinnen und Experten aus den für die Notfall- und Akutversorgung relevanten Bereichen in Brandenburg und teilweise auch Berlin, insbesondere der stationären Versorgung und dem Rettungswesen, beteiligt.

3. Einleitung

Bereits zu Projektbeginn im Jahr 2016 bildeten die Herausforderungen der Notfall- und Akutversorgung einen Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Die an der Bundesregierung der 18. Legislaturperiode beteiligten Parteien hatten in ihrem Koalitionsvertrag vom Dezember 2013 politischen Handlungsbedarf in der Notfallversorgung benannt (CDU, CSU und SPD 2013). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) sah sich im Jahr 2017 erstmals dazu veranlasst, bereits vor der Fertigstellung seines Gutachtens im Rahmen von Werkstattgesprächen die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland zu diskutieren (SVR-G 2017) und widmete sich dann in seinem Gutachten 2018 ausführlich diesem Thema (SVR-G 2018).

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird eine Reihe von Problemen der Notfall- und Akutversorgung benannt, mit denen die Reformbedürftigkeit dieses Versorgungsbereichs begründet werden. Im Vordergrund stehen hierbei die Belastungen der Notfall- und Akutversorgung in den Notaufnahmen bzw. Rettungsstellen der Krankenhäuser infolge einer hohen Zahl von ambulant zu versorgenden Patienten. So kamen im Jahr 2018 bundesweit zu den knapp 19,4 Mio. stationären Behandlungsfällen 11,7 Mio. ambulant versorgte Notfälle hinzu (Statistisches Bundesamt 2020). Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass nicht unwesentliche Teile sowohl der ambulant als auch der stationär in Krankenhäusern behandelten Notfälle prinzipiell auch als weniger dringliche Akutfälle ambulant be-

handelbar wären.¹ Hieraus wurde eine inadäquate sektorale Zuordnung der Notfall- und Akutpatienten abgeleitet. Als Hauptproblem der Notfall- und Akutversorgung wurde der Umstand identifiziert, dass zu viele Patienten mit leichteren Beschwerden in Krankenhäusern versorgt werden, die somit Ressourcen binden, die prioritär für schwerere Notfälle vorgehalten werden sollten.

Für eine solche ineffiziente Patientenallokation wird eine Vielzahl möglicher Ursachen diskutiert (vgl. z. B. Scherer et al. 2017; Slowik et al. 2018, S. 238 ff.). Hierzu zählen auf Patientenseite u. a.

- unzureichendes Wissen über adäquate Zugänge zur Notfall- und Akutversorgung,
- Unsicherheiten bei der Einschätzung der Dringlichkeit von Beschwerden und/oder mangelnde Gesundheitskompetenz,
- (wahrgenommene) fehlende Verfügbarkeit haus- und fachärztlicher ambulanter Versorgungsangebote (insbesondere zu Randzeiten, Wochenenden und Feiertagen),
- eine Bevorzugung von Notaufnahmen als (schnellere) Zugangsmöglichkeit zu Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten angesichts zum Teil längerer Terminwartezeiten bei Arztpraxen.

Hinzu kommen mögliche Ursachen, die in strukturellen Gegebenheiten auf Seiten der Leistungsanbieter gesehen werden, darunter:

- unzureichende finanzielle und personelle Ressourcen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, vor allem in ländlichen Regionen,
- eingeschränkte bzw. dezentralisierte Verfügbarkeit diagnostischer Ressourcen (Labor, Bildgebung) in der ambulanten Versorgung,
- personelle Engpässe in der pflegerischen und ärztlichen Betreuung von pflegebedürftigen Personen (vor allem in Heimen und im Bereich der Kurzzeitpflege),
- hohe Bedeutung der Notaufnahmen/Rettungsstellen der Krankenhäuser als Zugangsweg für stationäre Notfallaufnahmen (vgl. Geissler et al. 2017, S. 44 ff.).

Schließlich erscheinen Patienten in den Notaufnahmen/Rettungsstellen der Krankenhäuser häufig mit unklarer Symptomatik (Möckel et al. 2013), so dass allein schon aus Haftungsgründen eine umfassende ärztliche Abklärung der Behandlungsdringlichkeit erforderlich ist. Deren Durchführung ist im Allgemeinen im vertragsärztlichen Bereich zeitlich und organisatorisch aufwändiger.

In der Notfallversorgung spiegeln sich somit in besonders ausgeprägter Weise Allokationsprobleme, die aus der sektoralen Abgrenzung von Teilbereichen der Versorgung resultieren. Neben der ambulanten und stationären Notfallversorgung bildet dabei das Rettungswesen den dritten zentralen Sektor. Für diese drei Bereiche gelten völlig unterschiedliche Systeme der Kapazitätsplanung, der Leistungsvergütung und der Qualitätssicherung. Reformbedarf der Notfallversorgung besteht daher vor allem im Hinblick auf eine stärkere sektorenübergreifende Koordination und Kooperation. Der Koalitionsvertrag der an der Bundesregierung beteiligten Parteien vom März 2018 enthält diesbezüglich das Ziel einer gemeinsamen Sicherstellung und Finanzierungsverantwortung der Organisationen von Krankenhäusern und Kassenärzten für die Notfallversorgung (CDU, CSU und SPD 2018).

Das Forschungsprojekt zur Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg wurde im dargestellten Kontext der gesundheitspolitischen Diskussion durchgeführt. Die darin angesprochenen Defizite und Herausforderungen der Notfallversorgung waren daher auch Gegenstand des Forschungsprojekts,

¹ Beispielhaft seien zwei Untersuchungen genannt: Eine Studie unter Beteiligung der DGINA ergab, dass schätzungsweise ein Drittel der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern während der Sprechstundenzeiten auch in den Arztpraxen oder außerhalb dieser Zeiten durch den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen erbracht werden könnten (Haas et al. 2015, S. 72). Dies gilt eingeschränkt für weitere 20 % der ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus, bei denen fachspezifische, aber keine krankenhausspezifischen Leistungen erbracht wurden. Eine Analyse des IGES Instituts ergab, dass im Jahr 2013 etwas mehr als ein Fünftel der stationären Behandlungsfälle mit Aufnahmeanlass Notfall als „ambulant-sensitive Krankenhaussfälle“ kategorisierbar waren, also Diagnosen aufwiesen, bei denen Krankenhausaufenthalte prinzipiell durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können (Albrecht/Zich 2016).

ebenso wie Möglichkeiten zu deren Lösung. Auf Grundlage der Analyse der gegenwärtigen Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg und ihrer spezifischen Rahmenbedingungen wurde deren jeweilige Relevanz für das Bundesland untersucht. Hierbei lag ein Schwerpunkt auf den regionalen Bedingungen eines überwiegend relativ dünn besiedelten Flächenlandes und den Unterschieden zwischen ballungsraumnahen und peripheren Regionen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf den besonderen Herausforderungen der zukünftigen Sicherstellung der Notfallversorgung, die sich aus der demographischen Entwicklung ergeben und erhöhte Anforderungen an den effizienten Einsatz knapper Fachpersonalressourcen stellt.

Mit dem Forschungsprojekt wurden drei **Ziele** verfolgt:

- systematische sektorenübergreifende **Bestandsaufnahme** und **Bewertung** der drei Säulen der Notfall- und Akutversorgung (Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhaus-Notfallaufnahme, Rettungsdienst) im Land Brandenburg;
- Evaluation **regionaler Modellansätze** der Notfall- und Akutversorgung, insbesondere Art und konkrete Ausgestaltung von Kooperationen zwischen Krankenhäusern, Vertragsärzteschaft und Rettungsdienst;
- **Konzept- und Maßnahmenentwicklung** für einen Praxistransfer und eine mögliche nachhaltige Umsetzung zur strukturellen und organisatorischen Verbesserung der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg, u. a. mit Blick auf eine gemeinsame Krankenhausplanung von Brandenburg und Berlin für den Bereich der Notfallversorgung.

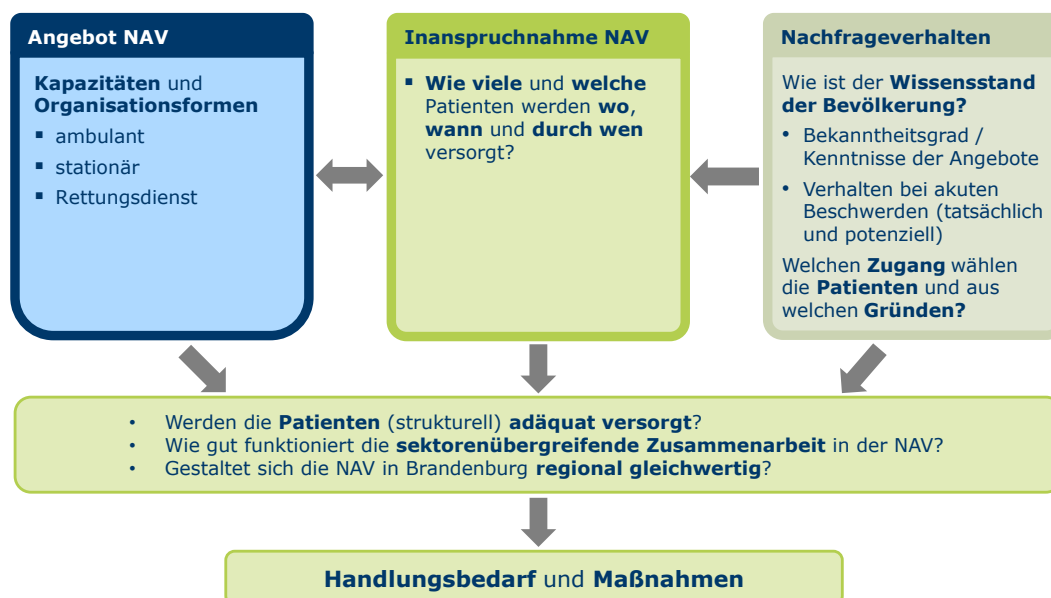
Der **Bestandsaufnahme** und der Untersuchung regionaler Modellansätze lagen folgende **Fragestellungen** zugrunde (Abbildung 1):

- Über welche Kapazitäten verfügt das **Angebot** der stationären, ambulanten und rettungsdienstlichen Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg und wie ist das Versorgungsangebot organisiert? Inwieweit gibt es Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Sektoren?
- Welche Faktoren bestimmen die **Nachfrage** nach den Angeboten der Notfall- und Akutversorgung? Wie ist der Wissensstand der Bevölkerung hierzu? Wie verhält sich die Bevölkerung bei akuten Beschwerden und welche Zugänge zur Notfall- und Akutversorgung wählt sie aus welchen Gründen?
- Wie gestaltet sich die **Inanspruchnahme** der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg? Wie viele und welche Patienten werden wo, wann und durch wen versorgt?

Die **Bewertung** des Stands der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg wird aus der Patienten-, der Leistungsanbieter- und der Regionalperspektive vorgenommen und orientiert sich an den folgenden drei **Leitfragen**:

- Werden die Akut- und Notfall-**Patienten** (strukturell) adäquat versorgt?
- Wie gut funktioniert die sektorenübergreifende Zusammenarbeit der **Leistungsanbieter** in der Notfall- und Akutversorgung?
- Gestaltet sich die Notfall- und Akutversorgung in den **Regionen** Brandenburgs gleichwertig?

Abbildung 1: Fragestellungen des Forschungsprojekts "Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg"



Quelle: IGES

4. Projektdurchführung

Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte durch die gleichwertige Kombination qualitativer und quantitativer Methoden im Rahmen eines Mixed-Methods-Ansatzes.

Im Rahmen der Bestandsaufnahme der Notfall- und Akutversorgung (NAV) in Brandenburg (Angebot – Nachfrage – Inanspruchnahme) wurden ausgewählte Leistungserbringer mittels persönlicher Interviews und eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe mittels eines schriftlichen Fragebogens befragt, um Einblicke in die Angebotsstruktur und die Nachfrage von NAV-Leistungen bestimmenden Faktoren zu erlangen.

Quantitative Aussagen zur Inanspruchnahme von NAV-Leistungen in den verschiedenen Leistungssektoren erlaubte die Nutzung von Sekundär- und Routinedaten der Leistungserbringer. Dabei informierte die Rettungsdienststatistik Brandenburgs sowie Daten des Minimalen Notfalldatensatzes (MIND) ausgewählter Landkreise über das Einsatzfahrtaufkommen von Rettungswagen, Notarzt-einsätzen und Krankentransporten. Daten gemäß § 21 KHEntgG gaben einen umfänglichen Einblick über Art und Umfang der im stationären Sektor Brandenburgs versorgten Notfälle, Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg ermöglichten Aussagen über die NAV-Inanspruchnahme im ambulanten vertragsärztlichen Bereich.

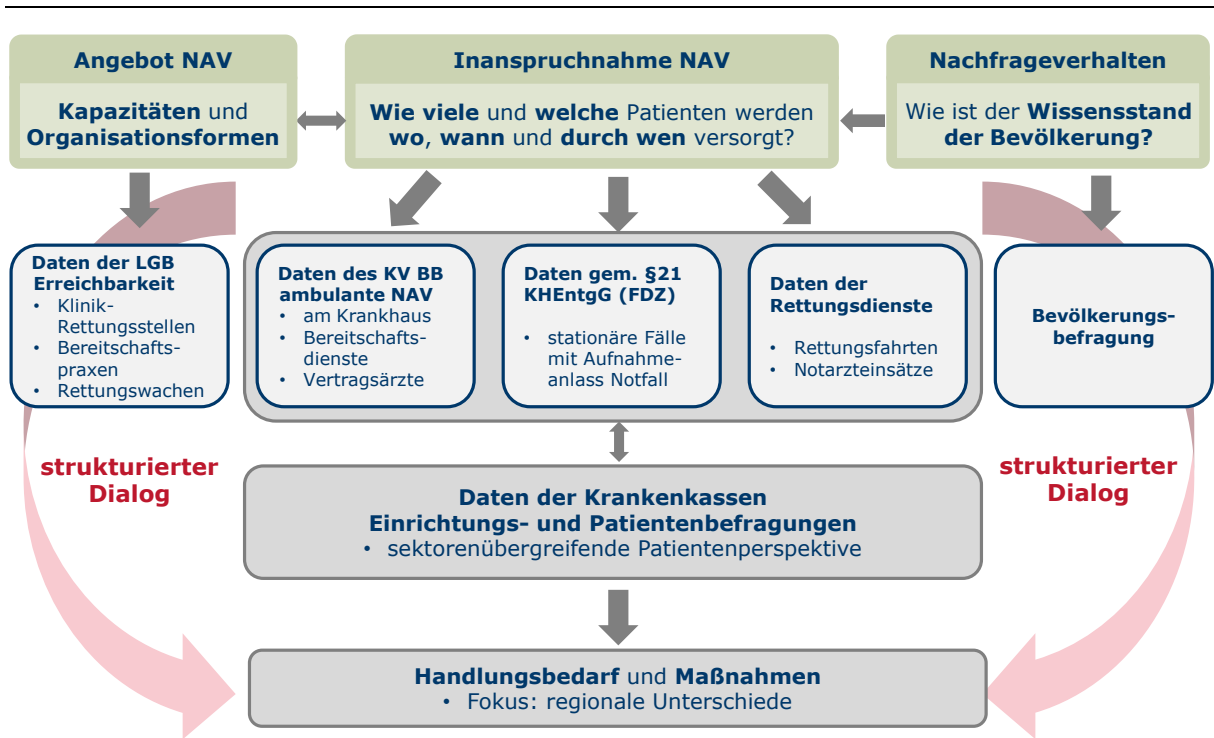
Eine sektorenübergreifende Sicht auf Versicherten- statt auf Fallebene unter gleichzeitiger Berücksichtigung weiterer Morbiditätscharakteristika der NAV-Leistungen in Anspruch nehmenden Versicherten wurde durch die Auswertung von Abrechnungsdaten kooperierender Krankenkassen ermöglicht.

Auf Basis der genannten Datenquellen generierte Aussagen wurden mit allen Projektpartnern in Form von insgesamt sechs Dialogveranstaltungen konsentiert. Zwecks Validierung der Aussagen fanden insgesamt sechs Expertenworkshops statt, an denen neben den Projektpartnern auch weitere

Expertinnen und Experten der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg (und z. T. in Berlin) teilnahmen. In diesen Veranstaltungen wurden zudem Umsetzungsstrategien und -konzepte zur Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg diskutiert und entwickelt.

Grundlage für die Zusammenarbeit der Beteiligten im Projekt war eine Kooperationsvereinbarung, die zu Beginn des Projekts gemeinsam erarbeitet und von allen Projektbeteiligten unterzeichnet wurde.

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Projektdurchführung



Quelle: IGES

5. Methodik

5.1 Quantitative Bevölkerungsbefragung

Die brandenburgische Wohnbevölkerung ab 18 Jahren wurde in einer computergestützten telefonisch durchgeführten Befragung (CATI) zu ihrem Wissen über die Strukturen und Zugänge zur Notfall- und Akutversorgung sowie ihren Erfahrungen mit der Inanspruchnahme der Notfall- und Akutversorgung befragt (u. a. Bekanntheitsgrad und Kenntnisse über die Anbieter der Notfall- und Akutversorgung, tatsächliche Inanspruchnahme und Gründe dafür, potenzielles Verhalten bei Krankheitsfällen außerhalb der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzte, Gesundheitszustand und sozio-demographische Merkmale). Die Inhalte des Fragebogens wurden auf einer Dialogveranstaltung mit den Projektbeteiligten konsentiert. Bei der Bevölkerungsbefragung wurden die folgenden Endpunkte erhoben:

- Informiertheit über medizinische Versorgungsmöglichkeiten im Notfall
- Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsmöglichkeiten
- Beurteilung der Erreichbarkeit medizinischer Versorgungsmöglichkeiten
- Zufriedenheit mit der Behandlung
- Zufriedenheit mit den Wartezeiten auf einen Termin
- Zufriedenheit mit den Wartezeiten in den Praxen

Zur Informiertheit der Bevölkerung über medizinische Versorgungsmöglichkeiten im Notfall existierten zum Zeitpunkt der Konzeption der Erhebung nur wenige Befragungen. Es konnte daher auf keine validierten Instrumente zurückgegriffen werden, die Fragen sind Eigenentwicklungen. Für Fragen im Bereich der Inanspruchnahme und Zufriedenheit wurde, sofern möglich, auf etablierte Instrumente, die im Rahmen anderer Befragungen eingesetzt wurden (z. B. KBV-Versichertenbefragung) zurückgegriffen.

Zur Sicherstellung der Validität des Fragebogens wurde ein dreistufiges Pretestverfahren angewendet. Erstens wurde der Fragebogen mittels interner Expertenreviews getestet, zweitens wurde der Fragebogen mit Brandenburgern verschiedener Altersgruppen im Rahmen kognitiver Pretestmethoden (z. B. Probing) untersucht. Dabei wurde auch für eine Einschätzung der Reliabilität und Validität nach Hinweisen gesucht, die ggf. die Reliabilität und Validität einschränken können (z. B. Interpretationsspielräume bei der Beantwortung der Fragestellungen).² Nach der Online-Programmierung für die CATI-Befragung wurde der Fragebogen zudem zur technischen Überprüfung sowie zur generellen Überprüfung der Verständlichkeit der Fragen und der Antwortmöglichkeiten einem telefonisch durchgeführten Pretest mit 30 Personen unterschiedlicher Altersgruppen getestet und auf dieser Basis finalisiert. Der Fragebogen ist nach Einschätzung der IGES-Experten aufgrund der ausführlichen Pretestung objektiv, reliabel und valide.

Die Berechnung der erforderlichen Stichprobengröße basierte auf einer Grundgesamtheit von rd. 2,1 Mio. Personen im Alter von mindestens 18 Jahren in Brandenburg. Bei einer zugrunde gelegten Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten und einer Sicherheit (Konfidenzintervall) von 95 % ergab sich für die Schätzung relativer Anteile eine Nettostichprobengröße von mindestens 385 Personen. Für eine ausreichend große Beobachtungszahl für bestimmte Auswertungen nach Subgruppen (z. B. nach städtischer / ländlicher Region, nach Altersgruppen) wurde allerdings eine um den Faktor drei höhere Anzahl an ausgefüllten Fragebögen für notwendig erachtet. Der Umfang der Nettostichprobe wurde daher auf 1.200 Personen festgelegt. Die Stichprobenziehung erfolgte nach vorgegebenen Quoten basierend auf der Verteilung der brandenburgischen Bevölkerung nach Altersgruppen, Geschlecht sowie Landkreisen. Die erforderliche Nettostichprobengröße wurde realisiert.

Die CATI-Befragung wurde durch die Schlesinger Group Germany (ehemals Schmiedl Marktforschung) im August/September 2018 durchgeführt. Die Befragungsdaten wurden qualitätsgesichert und dem IGES Institut übermittelt. Über Personen, die keine Teilnahme an der Befragung wünschten, liegen keine sozio-ökonomischen Daten vor. Da die Stichprobenziehung jedoch quotiert nach Alter und Geschlecht erfolgte, ist davon auszugehen, dass viele Unit-Non-Responses auch der Quotierung geschuldet sind, wenn die entsprechenden Quoten für eine Altersgruppe schon erreicht waren. Eine aussagekräftige Unit-Non-Response-Analyse ist daher bei einem quotierten Stichprobendesign nicht zu erwarten. Über die Drop-Outs liegen dem IGES Institut keine Daten vor, da nur vollständig durchgeführte Interviews vom Unterauftragnehmer übermittelt wurden.

Das IGES Institut wertete die Daten mit SPSS aus (insbesondere Häufigkeitsverteilungen) und bereitete die Ergebnisse tabellarisch und graphisch auf. Fehlende Werte wurden nicht ersetzt/imputiert. Da keine Scorebildung erforderlich war, wurde hiervon abgesehen. Der Anteil der Befragten, der bei einer Frage „keine Antwort“ angegeben hat, wurde bei jeder Frage ausgewiesen.

Aufgrund der Quotierung der Stichprobe nach Geschlecht, Altersgruppen und Landkreisen entsprach die diesbezügliche Verteilung der Stichprobe exakt der entsprechenden Verteilung der Grundgesamtheit der erwachsenen Bevölkerung in Brandenburg. Bezüglich des Bildungsstandes waren Personen mit Abitur und (Fach-)Hochschulabschluss in der Stichprobe überrepräsentiert im Vergleich zur Grundgesamtheit.

² Eine Beurteilung der Reliabilität ist beispielsweise anhand der Betrachtung des Zeitverlaufes der Ergebnisse einer Frage möglich. Extreme Schwankungen, die nicht durch geänderte Rahmenbedingungen erklärt werden können, können Hinweise auf eine mangelnde Reliabilität des Erhebungsinstruments sein. Da die Befragung nur einmalig durchgeführt wurde, kam dieser Ansatz hier nicht in Frage.

Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer Dialogveranstaltung sowie eines Expertenworkshops präsentiert und diskutiert.

5.2 Quantitative Patientenbefragung

Mit einer quantitativen schriftlichen (Paper & Pencil) Patientenbefragung sollte vor allem erhoben werden, aufgrund welcher Kriterien sich Patienten für den Zugangsweg zur Notfall- und Akutversorgung entschieden haben bzw. welche Faktoren für die Wahl des Zugangs entscheidend waren (Endpunkt). Operationalisiert wurde diese Fragestellung mittels Fragen zur Dringlichkeit der Behandlung (Eigenwahrnehmung und professionelle Fremdeinschätzung), Vorhandensein von Schmerzen, Angst oder Sorgen, Vorhandensein von alternativen Anlaufstellen). Die Erhebung von sozio-demographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Erwerbstätigkeit) erlaubte die Untersuchung der Antworten nach diesen Schichtungsmerkmalen.

Als zweiter Endpunkt wurde die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung in der Rettungsstelle untersucht. Dazu wurden die Patienten nach der Behandlung gebeten, anzugeben, wie gut sie sich behandelt fühlten, wie gut sie sich informiert fühlten und wie angemessen sie die Wartezeit einschätzten. Das detaillierte Design und die Befragungsinhalte der Patientenbefragung wurde im Rahmen einer Dialogveranstaltung diskutiert.

Die CSG entwickelte auf Basis einer Literaturrecherche einen Fragebogen. Dieser bestand aus drei Teilen: Der erste Teil umfasste Fragen an die Pflegekraft, die die standardisierte Ersteinschätzung der Dringlichkeit (in allen teilnehmenden Rettungsstellen nach dem Manchester Triage System) vornahm. Die zugewiesene Triage-Kategorie wurde zusammen mit dem Ausgabezeitpunkt des Fragebogens dokumentiert. Der zweite Teil sollte von den Patientinnen und Patienten vor der Behandlung und der dritte Teil nach der Behandlung ausgefüllt werden. Der Fragebogen wurde in Form von Expertenreviews getestet. Ein spezifischer Reliabilitätstest des Fragebogens wurde nicht durchgeführt.

Die Unterlagen zur Patientenbefragung wurden sowohl der Ethikkommission der Landesärztekammer Brandenburg sowie der Landesdatenschutzbeauftragten des Landes Brandenburg vorgelegt; deren Hinweise wurden bei der Finalisierung des Fragebogens berücksichtigt.

In Abstimmung mit allen Kooperationspartnern wurden vier Auswahlregionen bestimmt, die zusammen repräsentativ für Brandenburg sind. In diesen sollten die Patientenbefragung und die Leistungserbringerbefragung durchgeführt werden. Es handelte sich um die Landkreise Ostprignitz-Ruppin, Märkisch-Oderland und Havelland sowie die kreisfreie Stadt Cottbus. Anschließend wurden die Rettungsstellen der Krankenhäuser in diesen Auswahlregionen um Teilnahme an der Patientenbefragung gebeten. Fünf der acht angefragten Rettungsstellen in diesen Regionen haben sich für eine Teilnahme an der Befragung entschieden (Cottbus, Nauen, Rathenow, Strausberg und Wriezen).

Diese Rettungsstellen erhielten ein Studienpaket (inkl. Informationsschreiben für die Leistungserbringer und Ärzte und die Patienten sowie die Erhebungsunterlagen für die Patientenbefragung (Anschreiben, Fragebogen, Einwilligungserklärung, Studieninformationen). Die Befragung fand an den einzelnen Standorten jeweils über einen Zeitraum von ca. sechs bis acht Wochen statt. Insgesamt erstreckte sich der Befragungszeitraum von Dezember 2018 bis Juli 2019.

Die Rettungsstellen wurden gebeten, innerhalb des Befragungszeitraumes alle Patientinnen und Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren (oder die Eltern von minderjährigen Kindern), die die jeweilige Rettungsstelle aufsuchten, über die Befragung zu informieren und um eine Teilnahme zu bitten. Damit wurde eine zufällig gezogene Patientenstichprobe realisiert. Patientinnen und Patienten, die mit dem Rettungswagen in die Rettungsstelle gebracht wurden, wurden bei der Befragung nicht berücksichtigt.

Für die Patientinnen und Patienten, die sich zu einer Teilnahme bereit erklärten, füllte die Triagekraft den ersten Teil des Fragebogens aus, trennte dieses Blatt vom übrigen Fragebogen und händigte den Fragebogen mit den beiden weiteren Frageteilen sowie zwei Rückumschlägen an die jeweiligen Patientinnen und Patienten aus.

Insgesamt haben die Pflegekräfte für 1.044 Patientinnen und Patienten den ersten Teil des Fragebogens ausgefüllt, 646 Patientinnen haben den zweiten Teil und 560 Patientinnen den dritten Teil ausgefüllt. Ein komplett ausgefüllter Fragebogen lag für 557 Patientinnen und Patienten vor. Damit konnte die angestrebte Nettostichprobengröße von 2.000 Personen nicht erreicht werden. Dennoch sind mit einer Genauigkeit von 5 Prozentpunkten und einer Sicherheit von 95 % Schätzungen relativer Anteilswerte für die Gesamtpopulation möglich. Für Subgruppenanalysen bestehen dagegen breitere Konfidenzintervalle, woraus eine geringere Schätzgenauigkeit und größere Standardfehler resultieren. Eine Auswertung auf Standortebene war nicht vorgesehen.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden elektronisch erfasst und aufbereitet. Bei den Auswertungen wurden deskriptive univariate Häufigkeitsverteilungen dargestellt sowie die Lage- und Streuungsmaße der Variablen ermittelt. Des Weiteren wurden deskriptive bivariate Verfahren angewendet (u. a. Kreuztabellierungen, Korrelationsanalysen) sowie anhand geeigneter Signifikanztests untersucht, ob zwischen bestimmten Häufigkeitsverteilungen signifikante Unterschiede bestehen. Die Ergebnisse der Befragung wurden tabellarisch und graphisch aufbereitet und im Rahmen einer Dialogveranstaltung sowie eines Expertenworkshops vorgestellt und diskutiert.

Eine wesentliche Limitation der Patientenbefragung in den Rettungsstellen lag darin, dass die Ausgabe der Fragebögen und das Ausfüllen der Befragung vor der Behandlung in einer medizinischen Notsituation, mit z. B. einem schwer luftnötigen Patienten oder anderweitig stark eingeschränkten Patienten, nicht angebracht ist, da Sicherheit und Behandlung der Patienten in jedem Fall prioritär gegenüber der Befragungsdurchführung sind. Dadurch sind diese Patienten stark unterrepräsentiert. Damit kann diese Befragung auch kein vollständiges Abbild des Geschehens in der Rettungsstelle geben. Man muss davon ausgehen, dass es überwiegend die „weniger schwer“ Kranken waren, die die Fragebögen ausgefüllt haben. Andererseits liegt genau auf dieser Patientengruppe ein Schwerpunkt der aktuellen Diskussion über die Reformbedürftigkeit der Notfallversorgung aufgrund von mangelnder Patientensteuerung und Fehlallokation von Ressourcen.

5.3 Qualitative Expertenbefragung

Das Ziel der qualitativen, leitfadengestützten Befragung von Leistungserbringern war eine detaillierte Analyse der Rahmenbedingungen, der (regionalen) Strukturen sowie der Organisation der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg.

Die Leitfäden wurden in einen allgemeinen – für alle drei Säulen der Notfallversorgung identischen – Fragenteil sowie einen säulenspezifischen Fragenteil eingeteilt, und die Inhalte der Befragung wurden mit den Projektbeteiligten abgestimmt (Leitfaden siehe Anlage 6). Die Befragung umfasste Fragen zu den Themenfeldern Adäquatheit der Versorgung, Ressourcen, Steuerungsmechanismen und sektorale Schnittstellen.

Insgesamt wurden bis zu 75 semistrukturierte, leitfadengestützte Experteninterviews mit den Leistungserbringern in Brandenburg, hauptsächlich in den Auswahlregionen geplant. Dafür wurden die Einrichtungen der Notfall- und Akutversorgung (v. a. Rettungsstellen) in den Auswahlregionen angeschrieben und um Teilnahme an der Befragung gebeten. Die Leistungserbringer, die sich bereit erklärten an der Befragung teilzunehmen, wurden entweder telefonisch oder face-to-face befragt. Bei den face-to-face-Interviews fanden zusätzlich nach Zustimmung der Interviewpartner auch Vor-Ort-Begehungen statt. In den Rettungsstellen wurden neben den ärztlichen Leitern und dort tätigen Ärzten auch die Pflegekräfte befragt. Um auch kritische Aussagen zum Arbeitsumfeld erheben zu können, wurde allen Interviewpartnern eine anonymisierte Auswertung zugesagt. Eine Befragung von im Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen tätigen Vertragsärzten wurde zwar angestrebt, kam jedoch aufgrund terminlicher Verzögerungen nicht zustande.

Von den Expertengesprächen wurden Mitschriften angefertigt. Falls der Interviewpartner sein Einverständnis erklärte, wurden die Interviews zusätzlich aufgezeichnet. Die Expertengespräche wurden systematisch und strukturiert mit Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dazu wurden

die Interviews zunächst transkribiert und thematisch kodiert. Die gesammelten qualitativen Erkenntnisse aus den Interviews wurden im Rahmen eines Expertenworkshops vorgestellt und diskutiert. Eine quantitative Auswertung der Interviewaussagen fand nicht statt. Insgesamt wurden 50 Expertengespräche über den Projektzeitraum geführt. Daten zu den Ablehnenden wurden nicht erhoben.

In Ergänzung der qualitativen Expertengespräche mit den Leistungserbringern wurde auf Anregung und in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Notfallmediziner Brandenburg (AKNB) ein standardisierter Fragebogen entwickelt (s. Anlage 7) um die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen (ÄBD-Praxen) und Rettungsstellen zu untersuchen. Dieser Fragebogen wurde an 12 Rettungsstellen geschickt, von denen sich vier an der Befragung beteiligt haben. Wegen des geringen Rücklaufs wurde von einer quantitativen Auswertung abgesehen.

5.4 Sekundärdatenanalysen

Mit den vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) zur Verfügung gestellten Daten gemäß § 21 KHEntgG für Brandenburger Krankenhäuser wurde untersucht, welche Krankenhausstandorte im Jahr 2018 an der allgemeinen somatischen Notfallversorgung teilgenommen haben. Dabei handelt es sich um eine Datenquelle, die sich aufgrund ihres Detaillierungsgrades und ihrer Aktualität sowie aufgrund ihrer weitgehenden Vollständigkeit und Vollständigkeit sehr gut für derartige Analysen eignet.

Als ein Indikator für die Teilnahme an der Notfallversorgung wurde – wie bei derartigen Analysen üblich – die Aufnahme von Patienten als Notfall („administrativer Notfall“) herangezogen. Als administrative Notfälle werden insbesondere solche Fälle bezeichnet, für die keine Einweisung vorliegt. Dadurch kann es prinzipiell sowohl zu einer Unter- als auch zu einer Überschätzung der Anzahl medizinischer Notfälle kommen: So können einerseits auch medizinische Notfälle von niedergelassenen Ärzten eingewiesen werden; andererseits erfolgen auch stationäre Aufnahmen von Patienten als administrativer Notfall, die von sich aus (ohne Einweisung) eine Notaufnahme aufsuchen, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt.³ Verlässliche Daten, zur Unter- bzw. Überschätzung der Anzahl medizinischer Notfälle durch das Merkmal „administrativer Notfall“ liegen jedoch nicht vor. Der Fehler kann reduziert werden, wenn sich die Analysen auf typische Notfalldiagnosen (z. B. akuter Herzinfarkt und Schlaganfall) fokussieren und weitere Merkmale (z. B. Aufnahmezeitpunkt, _Art der durchgeführten Leistungen) berücksichtigt werden. Dies ist in dieser Studie erfolgt: Da die Notfallversorgung durch einen Standort grundsätzlich ständig gewährleistet werden muss, wurde zusätzlich geprüft, ob die Krankenhausstandorte auch nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen regelmäßig Notfallpatientinnen und -patienten aufgenommen haben. Des Weiteren wurde die besondere Notfallversorgung von Herzinfarkt- und Schlaganfallpatientinnen und -patienten untersucht; dabei wurden für die Notfall- und Akutversorgung typische Maßnahmen (z. B. Lyse) berücksichtigt.

Auswertungen auf Landes- und Kreisebene zur Inanspruchnahme der stationären Notfall- und Akutversorgung in Brandenburger Krankenhäusern erfolgten auf Grundlage der beim Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder vorliegenden Daten gemäß § 21 KHEntgG. Hierzu wurde beim FDZ ein entsprechender Forschungsantrag gestellt. IGES erstellte die Auswertungsskripte, übermittelte diese an das FDZ und erhielt von diesem nach einer datenschutzrechtlichen Prüfung und Bereinigung die Auswertungen.

Vom Statistischen Bundesamt und dem Statistischen Landesamt Berlin Brandenburg wurden zudem Daten für eine Analyse der Patientenströme (stationäre Notfälle) zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs und den angrenzenden Bundesländern zur Verfügung gestellt.

Für den Bereich der ambulanten Notfall- und Akutversorgung wurden Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg ausgewertet. Die Datengrundlage umfasste alle Behandlungsfälle im Zeitraum 2015 bis 1. Halbjahr 2018, für die mind. eine GOP des EBM-Kapitels 1.2 sowie ausgewählter GOPs aus

³ Beispielsweise gemäß der Definition in den Verträgen gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung.

den EBM-Kapiteln 1.1 und 1.4 dokumentiert waren. Als Vollerhebung informierte die Datenquelle vollständig über die Prävalenz administrativer Akut- und Notfälle in vertragsärztlichen Praxen eines Quartals. Anhand dieser Daten wurden die Anzahl und Häufigkeit ambulanter Not-/Akutfälle, die Anteile unterschiedlicher Leistungserbringer, Alters-/Geschlechts- und Diagnosestruktur, die GOP-Struktur hinsichtlich der tageszeitlichen Zuordnung sowie die regionale Verteilung analysiert. Darüber hinaus wurden separate Datensätze zu ausgewählten Fokus-Themen ausgewertet, darunter die Versorgungsanteile Ärztlicher Bereitschaftspraxen (2013-2019), Häufigkeit von Hausbesuchen (2010-2018), ärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohnern (2016-2019) und Belastung der Vertragsärzte durch Bereitschaftsdienste (2017-2018). Der Sachverhalt, dass es sich um administrative Akut- und Notfälle mit Quartalsbezug handelte, dürfte eine Überschätzung der medizinischen Akut- und Notfallprävalenz zur Folge gehabt haben. Patienten mit einer längerdauernden „Notfallkarriere“ aufgrund ihres Gesundheitszustands oder ihrer regionalen Versorgungsstrukturen ließen sich auf Fallebene nicht identifizieren. Andererseits ermöglichte die quartalsweise Betrachtung auf Fallebene eine Analyse des Leistungserbringerspektrums und Hinweise auf regionaler Versorgungsbesonderheiten.

Datengrundlagen für die Analyse des Rettungsdienstes in Brandenburg bildeten die Daten der Rettungsdienststatistik des Landes⁴ bis zum Berichtsjahr 2018 sowie die von den Rettungsdiensten erhobenen MIND-Daten⁵ für das Jahr 2018, die für das Forschungsprojekt erstmals zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet wurden (Stichprobe von Daten aus fünf Landkreisen und einer kreisfreien Stadt).

Die Daten für die Rettungsdienststatistik sollen von den für den Rettungsdienst zuständigen Landkreisen/kreisfreien Städten jährlich an das für die Statistik zuständige Ministerium übermittelt werden. Eine solche Rettungsdienststatistik gibt es nur in wenigen Bundesländern; insofern stellt sich die Datenlage in Brandenburg noch vergleichsweise gut dar. Allerdings ist die Aussagekraft der Statistik aufgrund der geringen Anzahl enthaltener Variablen eingeschränkt; die vorliegenden Daten sind zum Teil nicht vollzählig und nicht vollständig. Zudem gab während des relevanten Zeitraums definitorische Unstimmigkeiten zwischen den Landkreisen/kreisfreien Städten im Hinblick auf die für die Rettungsdienstversorgung zentrale Variable „Einhaltung der Hilfsfrist“, so dass die Vergleichbarkeit zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten diesbezüglich eingeschränkt ist. Die für den Bericht verwendete Statistik enthielt zudem unplausible Werte, die auch in Abstimmung mit dem zuständigen Ministerium nur teilweise korrigiert werden konnten.

Fünf Landkreise (Oberhavel, Prignitz, Spree-Neiße, Teltow-Fläming, Uckermark) sowie die kreisfreie Stadt Cottbus haben für das Jahr 2018 Daten zum Rettungsdienst, die sog. MIND-Daten, zur Verfügung gestellt. Deskriptiv ausgewertet wurden Informationen über knapp 98.000 RTW-Einsätze hinsichtlich des Alters der Patientinnen und Patienten, des Einsatzortes, des Schweregrads der Symptome/Verletzungen, der Einsatzdiagnose, des Zielkrankenhauses sowie der Einsatzzeiten (Wochentage, Uhrzeit, Dauer). Die Daten wurden in den Landkreisen teilweise unterschiedlich kodiert; zudem wurden nicht immer alle Datenfelder befüllt, und die Vollzähligkeit der Daten kann nicht beurteilt werden. Die Aussagekraft der Daten ist daher eingeschränkt. Aufgrund des Mangels an alternativen Datenquellen wurden die Ergebnisse dennoch auszugweise verwendet.

Nach erfolgreicher Genehmigung eines Forschungsantrages gemäß § 75 SGB X stellten zwei Krankenkassen (Knappschaft Bahn See, AOK Nordost) sektorenübergreifende pseudonymisierte Daten für die Abrechnungsjahre 2016 und 2017 bereit. Die selektierten Versicherten hatten im Jahr 2017 mindestens einen Notfall – definiert über spezifische Notfall-Gebührenordnungsziffern im ambulanten Bereich oder eine Aufnahme mit dem Anlass „Notfall“ im stationären Sektor – und der Wohnort des Versicherten oder der Ort der NAV-Leistungserbringung lag in Brandenburg. Die beiden teilnehmenden

⁴ Bis zum Jahr 2019 war hierfür das Ministerium des Innern und für Kommunales (MIK) zuständig, seit dem Jahr 2019 ist es das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV).

⁵ Der Minimale Notfalldatensatz (MIND) ist ein Kerndatensatz, der eine definierte und von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) autorisierte Menge an Merkmalen und Merkmalsbeschreibungen enthält, die zur Dokumentation der prähospitalen Notfallrettung durch Rettungs- und Notarztdienst erforderlich sind.

Krankenkassen haben einen Marktanteil von knapp 30 % in Brandenburg und ermöglichten aufgrund des Versichertenbezugs der Daten die Untersuchung folgender Aspekte:

- Mehrfachinanspruchnahme der Notfall- und Akutversorgung durch Patienten,
- Alters- und Geschlechtsstruktur, Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit/Art der Pflege und regionale Verteilung der Patienten mit ambulanten und stationären Akut-/Notfällen, differenziert nach Art der in Anspruch genommenen Leistung (u. a. RTW-Fahrten),
- Vergleichende Untersuchung von Versicherten mit a) ausschließlich ambulanten Notfällen, b) ausschließlich stationären Notfällen und c) Notfällen beiderlei Typs.

5.5 Literaturrecherche

Die Analysen im Rahmen des Forschungsprojekts stützten sich auf eine breite Basis wissenschaftlicher bzw. Fachliteratur. Zum einen wurden laufende, i. W. internetbasierte Literaturrecherchen zum Thema Notfallversorgung in Deutschland durchgeführt; zum anderen wurde themenrelevante Fachliteratur im Rahmen eines intensiven gesundheitspolitischen Monitorings identifiziert. Letzteres basierte auf dem Umstand, dass während der Projektlaufzeit das Thema – nicht zuletzt aufgrund geplanter gesetzlicher Maßnahmen zur Reform der Notfallversorgung – eine hohe gesundheitspolitische und fachliche Aufmerksamkeit erfuhr.

Die Literaturrecherche konzentrierte sich thematisch auf folgende Bereiche:

- Inanspruchnahme von Notfall- und Akutversorgung, insbesondere im Hinblick auf sektorale Struktur, Patientencharakteristika und Einflussfaktoren,
- organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen und ihre spezifischen Anreizwirkungen in der Notfall- und Akutversorgung,
- Qualitätsaspekte der Notfall- und Akutversorgung (teilweise indikationsspezifisch).

Neben Studien, Analysen und Gutachten wurde insbesondere auch Literatur zur Gesetzgebung und zu untergesetzlichen Normen (Verordnungen) mit Bezug zur Notfall- und Akutversorgung (Bundes- und Landesebene) recherchiert. Für Informationen und Daten zu regionalen Modellprojekten wurden zudem auch graue Literatur und (Lokal-)Presseberichte recherchiert. Die Ergebnisse der Recherchen zu den Modellansätzen auch in anderen Bundesländern sind in der nachfolgenden Darstellung der Projektergebnisse enthalten.

5.6 Limitationen der Studie

Die wesentlichen Limitationen ergeben sich aus den oben schon beschriebenen Einschränkungen der verwendeten Datenquellen:

- grundsätzliche Möglichkeit eines Bias in Abrechnungsdaten (vertragsärztliche Versorgung und Krankenhausversorgung)
- keine durchgängige, einheitliche Kennzeichnung von medizinischen Notfällen
- im Vergleich etwa zu Daten aus klinischen Studien oder Registern nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Spezifizierung des Gesundheitsstatus der Patienten über die Diagnose(n) hinaus
- (noch) unzureichende Daten zur Rettungsdienstversorgung (insbesondere auch zur Luftrettung)
- Einschränkungen bei der sektorenübergreifenden Verknüpfung von Datensätzen

Neben den vielen Vorteilen, die mit der Nutzung von Abrechnungsdaten für Forschungszwecke verbunden sind (z. B. umfassende räumliche Abdeckung, Vollständigkeit, Verfügbarkeit längerer Zeiträume) liegt ihre wesentliche Limitation darin, dass sie eben nicht für Forschungszwecke, sondern zu Abrechnungszwecken entwickelt wurden. Bestimmte Item-Ausprägungen (z. B. der schon diskutierte „administrative Notfall“) sind daher für Forschungszwecke nur unter den genannten Einschränkungen verwertbar. Zudem ist insbesondere ein Bias dahingehend zu erwarten, dass vor allem Diagnosen und Leistungen dokumentiert werden, die für die (Höhe der) Vergütung relevant sind.

Eine weitere Limitation der Studie liegt darin, dass medizinische Notfälle sich schon sektorspezifisch und erst recht sektorenübergreifend nur eingeschränkt identifizieren lassen, da entsprechend spezifische Marker in den verfügbaren Abrechnungsdaten und Statistiken fehlen.

Eng damit verbunden sind die eingeschränkten Möglichkeiten zur Spezifizierung des Gesundheitszustandes von Patienten über die (Haupt- und Neben-)Diagnosen hinaus. Dies schränkt z. B. Analysen ein, mit denen untersucht werden soll, wie viele der dafür infrage kommenden Patienten eine leitliniengerechte Versorgung (z. B. eine systemische Lyse nach einem akuten Hirninfarkt) erhalten haben. Daher wurden für die Analyse von (regionalen) Unterschieden der Versorgungsqualität in der vorliegenden Studie neben Indikatoren der Prozess- bzw. Ergebnisqualität vor allem auch solche der Strukturqualität herangezogen.

Limitiert wurden die Analysen weiter durch die unzureichenden Daten zum Einsatzgeschehen im bodengebundenen und luftgestützten Rettungsdienst. Vielfach liegen Daten überhaupt nicht vor, und die vorliegenden sind z. T. von unzureichender Qualität. Hier besteht in Deutschland noch ein großes Defizit, dass der Rolle des Rettungsdienstes und der präklinischen Notfallversorgung nicht gerecht wird.

Schließlich haben auch Datenschutzvorgaben die Analysemöglichkeiten eingeschränkt, weil z. B. Leistungsdaten nicht sektorenübergreifend zusammengeführt werden konnten.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Bestandsaufnahme der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg basiert auf einer Vielzahl unterschiedlicher Quellen, welche das Versorgungsgeschehen und seine Rahmenbedingungen überwiegend aus einer sektorenspezifischen Partialperspektive reflektieren.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsfelder überblicksartig dargestellt (Kapitel 6.1). Die Struktur spiegelt hier primär die verschiedenen Leistungsbereiche und diesbezüglichen sektoralen Datenquellen der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg.

Anschließend werden – bezogen auf die drei Leitfragen (vgl. Kapitel 3)– die einzelnen Ergebnisse im Hinblick auf den Handlungsbedarf und die Ableitung möglicher Maßnahmen zur strukturellen und organisatorischen Verbesserung der Notfall- und Akutversorgung zusammengeführt (Kapitel 6.2 bis 6.4). Die Ergebnissynthese erhält damit eine sektorenübergreifende Perspektive.

6.1 Ergebnisse der einzelnen Arbeitsfelder im Überblick

Gemäß der sektoralen Struktur der Notfall- und Akutversorgung bildeten die stationäre Versorgung, die ambulante Versorgung und der Rettungsdienst drei zentrale Arbeitsfelder. Hinzu kamen die Arbeitsfelder „Bevölkerung“ und „Patienten“ mit einer explizit sektorenübergreifenden Perspektive. Das Arbeitsfeld „Modellansätze“ fokussierte schließlich auf regionale Unterschiede, sowohl innerhalb Brandenburgs als auch im Vergleich zu anderen Bundesländern.

6.1.1 Stationäre Notfall- und Akutversorgung

Datengrundlagen für die Analyse der stationären Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg bildeten i. W. die Daten der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes sowie des Statistischen Landesamtes Berlin-Brandenburg bis zum Jahr 2017 (teilweise als Sonderauswertung), Mikrodaten der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) für die Jahre 2015 bis 2017, die in Form der kontrollierten Datenfernverarbeitung mit dem FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder ausgewertet wurden, sowie Daten gemäß § 21 KHEntgG des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) für das Jahr 2018. Zur Erreichbarkeit von Klinikstandorten hat die Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg (LGB) Auswertungen ihrer Daten für dieses Forschungsprojekt durchgeführt.

Auf Basis der Analysen dieser Datengrundlagen wurden Ergebnisse zu folgenden Aspekten ermittelt:

- Umfang der stationären Notfall- und Akutversorgung (Fallzahlen differenziert nach Behandlungs- und Patientenwohntort in Brandenburg; Anteil der Notfallversorgung an gesamter Krankenhausversorgung);
- Patientenströme nach/aus Brandenburg (insgesamt und für einzelne Landkreise/kreisfreie Städte), darunter: stationäre Notaufnahmen von Patienten aus Brandenburg in Berlin (differenziert nach Landkreisen/kreisfreien Städten);
- Alters-/Geschlechtsstruktur und Diagnosestruktur der stationären Notfälle;
- regionale Unterschiede der bevölkerungsbezogenen Häufigkeit und der Altersstrukturen der stationären Not-/Akutfälle (auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte);
- Häufigkeit und Struktur ambulant-sensitiver Krankenhausfälle mit Aufnahmehinweis Notfall;
- Art und Umfang der Beteiligung der einzelnen Krankenhäuser in Brandenburg an der Notfallversorgung (insgesamt);
- Art und Umfang der Beteiligung einzelner Krankenhäuser in Brandenburg an der Notfallversorgung in ausgewählten Indikationsbereichen (Schlaganfall, Herzinfarkt, Kinder- und Jugendmedizin) unter Berücksichtigung ausgewählter Parameter der Struktur- und Prozessqualität;
- Erreichbarkeit der Klinikstandorte mit Beteiligung an der stationären Notfallversorgung (insgesamt und für ausgewählte Indikationsbereiche) ohne/mit Berücksichtigung ausgewählter Qualitätsparameter.

Die Ergebnisse können im Detail der Anlage 2 S. 2-26 der Anlage) entnommen werden.

6.1.2 Ambulante Notfall- und Akutversorgung

Datengrundlagen für die Analyse der ambulanten Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg bildeten die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg für den Zeitraum 2015 bis einschließlich 1. Halbjahr 2018. Diese wurden auf Basis von Analyseplänen des IGES Instituts für dieses Forschungsprojekt durch die KV Brandenburg ausgewertet.

Damit konnten Ergebnisse zu folgenden Aspekten ermittelt werden:

- Umfang der ambulanten Notfall- und Akutversorgung (Fallzahlen differenziert nach Behandlungs- und Patientenwohntort in Brandenburg; Anteil der Notfallversorgung an gesamter vertragsärztlicher Versorgung);
- Patientenströme (Not-/Akutfälle) nach/aus Brandenburg (insgesamt und für einzelne Landkreise/kreisfreie Städte) sowie innerhalb Brandenburgs;
- Verteilung der ambulanten Not-/Akutfälle nach Leistungserbringergruppen (Krankenhaus, Bereitschaftsdienst, Bereitschaftspraxis, Sonstige);
- regionale Unterschiede der bevölkerungsbezogenen Häufigkeit ambulanter Not-/Akutfälle (auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte, insgesamt und differenziert nach Leistungserbringergruppen);
- Alters-/Geschlechtsstruktur und Diagnosestruktur der ambulanten Not-/Akutfälle (insgesamt und differenziert nach Leistungserbringergruppen);
- Verteilung nach Art der ambulanten Notfall-/Akutversorgung: a) nach EBM-Abschnitt: besondere Inanspruchnahme, organisierter ärztlicher Not(fall)dienst, dringende Besuche (differenziert nach Landkreisen/kreisfreien Städten sowie nach Leistungserbringergruppen), b) nach einzelnen Gebührenpositionen (GOP) (bezüglich Zeiten der Inanspruchnahme, Zuschläge);
- Sonderauswertungen: Entwicklung der Häufigkeit von Hausbesuchen, Belastung der Vertragsärzte durch Bereitschaftsdienste, vertragsärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern.

Die Ergebnisse können im Detail dem der Anlage 2 (S. 27-61 der Anlage) entnommen werden.

6.1.3 Rettungsdienst

Datengrundlagen für die Analyse des Rettungsdienstes in Brandenburg bildeten die Daten der Rettungsdienststatistik des Landes⁶ bis zum Berichtsjahr 2018 sowie die von den Rettungsdiensten erhobenen MIND-Daten⁷ für das Jahr 2018, die für das Forschungsprojekt erstmals zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet wurden (Stichprobe von Daten aus fünf Landkreisen und einer kreisfreien Stadt). Zur Erreichbarkeit von Rettungswachen hat die Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg (LGB) Auswertungen ihrer Daten für dieses Forschungsprojekt durchgeführt.

Zu folgenden Aspekten wurden auf Basis der Analysen dieser Datengrundlagen Ergebnisse ermittelt:

- Umfang und regionale Verteilung der Rettungsdienstkapazitäten (Einsatzfahrzeuge, Personal: Notärzte/Rettungsassistenten) sowie der Rettungsdiensteinsätze;
- Entwicklung und interregionaler Vergleich der Anteile der unterschiedlichen Rettungsmittel;
- regionale Erreichbarkeit der Rettungswachen;
- Anteile bemessungsrelevanter Einsätze innerhalb der Hilfsfrist a) in den Landkreisen/kreisfreien Städten, b) der einzelnen Rettungswachen in Abhängigkeit der Anzahl ihrer bemessungsrelevanten Einsätze;
- Struktureigenschaften der Rettungsdiensteinsätze (für MIND-Stichprobe) im Hinblick auf Alter der Patienten, Einsatzort, Schweregrad (NACA-Score), (Tracer-)Diagnosen, Zielkrankenhaus und Zeiten.

Die Ergebnisse können im Detail der Anlage 2 (S. 62-81 der Anlage) entnommen werden.

6.1.4 Bevölkerung

Gegenstand dieses Arbeitsfeldes waren der Wissensstand der Bevölkerung sowie Erfahrungen und Bewertungen der Inanspruchnahme der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg.

Datengrundlage hierfür bildete eine repräsentative Befragung der Bevölkerung Brandenburgs ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Durchführung: Mitte August 2018 bis Ende September 2018; Teilnehmerzahl: 1.200).

Anhand der Befragungsergebnisse wurden Erkenntnisse zu folgenden Aspekten gewonnen werden:

- Bekanntheitsgrad der unterschiedlichen Formen und Zugänge zur medizinischen Versorgung bei akutem Bedarf bzw. in Notfällen (inkl. Standorte von Einrichtungen, Telefonnummern);
- Inanspruchnahmeverhalten in Akut- und Notfällen (Wahl der Zugangsart) und Gründe hierfür;
- Zufriedenheit mit Erreichbarkeit medizinischer Versorgungsangebote, Wartezeiten und Behandlung in Akut- und Notfällen;
- Bewertung der regionalen medizinischen Versorgungsangebote insgesamt (u. a. differenziert nach Regionstyp und ärztlichen Fachgruppen).

Die Ergebnisse können im Detail der Anlage 2 (S. 82-113 der Anlage) entnommen werden.

6.1.5 Patienten

Ziel des Arbeitsfeldes „Patienten“ war die Erweiterung der Perspektive über den begrenzenden sektoralen bzw. Fallbezug hinaus. Dabei stützte sich die Analyse auf zwei Datengrundlagen: eine Auswertung von Abrechnungsdaten der Krankenkassen sowie eine Patientenbefragung in Rettungsstellen der Krankenhäuser.

⁶ Bis zum Jahr 2019 war hierfür das Ministerium des Innern und für Kommunales (MIK) zuständig, seit dem Jahr 2019 ist es das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV).

⁷ Der Minimale Notfalldatensatz (MIND) ist ein Kerndatensatz, der eine definierte und von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) autorisierte Menge an Merkmalen und Merkmalsbeschreibungen enthält, die zur Dokumentation der prähospitalen Notfallrettung durch Rettungs- und Notarztdienst erforderlich sind.

Für das Forschungsprojekt wertete das IGES Institut Abrechnungsdaten für eine Stichprobe gesetzlich krankenversicherter Personen mit Inanspruchnahme der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg im Jahr 2017 aus. Die Stichprobe umfasste alle entsprechenden Versicherten der AOK Nordost sowie der Knappschaft (Regionaldirektion Cottbus).⁸ Auf Basis dieser Auswertungen konnten Ergebnisse zu folgenden Aspekten ermittelt werden, wobei ein thematischer Schwerpunkt auf älteren und pflegebedürftigen Patienten lag:

- Häufigkeiten der Mehrfach-Inanspruchnahme der Notfall- und Akutversorgung und Anteile an Gesamtzahl der Fälle, differenziert nach Altersgruppen der Patienten und Leistungssektoren (ambulant/stationär);
- Zusammenhang von Mehrfach-Inanspruchnahme der Notfall- und Akutversorgung mit Pflegebedürftigkeit und Art der Pflegeleistungen;
- Häufigkeit von Rettungsdienst-Einsatz (differenziert nach Rettungs-/Transportmittel) bei Pflegeheimbewohnern mit Akut- und Notfallversorgung (differenziert nach Leistungssektor: ambulant/stationär).

Die Ergebnisse können im Detail der Anlage 2 (S. 114-122 der Anlage) entnommen werden.

Inhaltliche Schwerpunkte der Patientenbefragung in Rettungsstellen waren die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit sowie die Zufriedenheit mit Wartezeiten und der Versorgung. Für die vergleichende Betrachtung der Selbsteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit gegenüber der professionellen Fremdeinschätzung durch die Pflegekraft in der Rettungsstelle ist zu beachten, dass die Kategorien der Fremdeinschätzung dem Manchester Triage System (MTS) entsprechen und damit einem international anerkannten Standard. Für die Selbsteinschätzung der Patienten wurden leichter zugängliche Formulierungen gewählt. Beide Kategorisierungen sind nicht deckungsgleich, sondern können nur indirekt verglichen werden. Dabei scheint es sinnvoll, die Aussagen 1 und 2 der Selbsteinschätzung den Kategorien ROT, ORANGE und GELB des MTS als „dringlichere Fälle“ gegenüberzustellen, und die Aussagen 3, 4, und 5 der Selbsteinschätzung den Kategorien GRÜN und BLAU des MTS als die „weniger dringlichen Fälle“ gegenüberzustellen.

Die Ergebnisse können im Detail der Anlage 2 (S. 123-149 der Anlage) entnommen werden.

6.1.6 Modellansätze

Innerhalb dieses Arbeitsfeldes wurden innovative Modellansätze für die Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg sowie in anderen Regionen bzw. Bundesländern untersucht. Die Identifikation von Modellansätzen stützte sich für Brandenburg auf den fachlichen Austausch unter den Projektbeteiligten im Rahmen der Dialogveranstaltungen, für die anderen Regionen/Bundesländer auf (Literatur-) Recherchen.

Für Brandenburg wurden dabei folgende Modellansätze identifiziert:

- Ärztliche Bereitschaftspraxen (ÄBP): Sie bilden den Kernbestandteil der Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Brandenburg. Bereits im Jahr 2012 begann die KV Brandenburg mit der Einrichtung von ÄBP, zunächst unter der Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“.⁹ Das Netz der ÄBP in Brandenburg wurde schrittweise ausgebaut unter Berücksichtigung der regionalen Verhältnisse vor Ort, so dass die konkrete Umsetzung variiert.
- Kooperation von KV-Koordinierungsstelle und Rettungsdienst-Leitstellen: Die KV-Koordinierungsstelle disponiert die 116 117-Anrufe und steuert dabei zwischen den Optionen Auskunft, ÄBP und Einsatzarzt. Beginnend mit einem Pilotprojekt in Königs Wusterhausen im

⁸ Gemäß der GKV-Mitgliederstatistik KM6 entfielen auf diese beiden gesetzlichen Krankenkassen zum Stichtag 1. Juli 2017 knapp 30 % aller gesetzlich krankenversicherter Personen in Brandenburg.

⁹ Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wird seit dem Jahr 2016 der Ansatz, Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einzurichten, als eine mögliche Form in § 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V genannt, um der Kooperationsverpflichtung mit Krankenhäusern im Notdienst nachzukommen.

Jahr 2017 umfasst die Disposition mittlerweile landesweit auch die Option einer Weiterleitung an den Rettungsdienst (112). Mit der Kooperation soll eine bedarfsgerechtere Patientensteuerung erreicht und vermeidbare Rettungsdiensteinsätze vermieden werden.¹⁰

- Krankenhausträger als Betreiber des Rettungsdienstes: In Brandenburg betreiben in mehreren Regionen Klinikträger den Rettungsdienst (z. B. Havelland, Oberhavel, Niederlausitz). Als wesentliche Vorteile dieses Ansatzes werden Synergieeffekte und Zeitersparnis angeführt sowie weniger Missverständnisse bei der Kommunikation zwischen Notärzten/Notfallsanitätern und Klinikärzten (Notärzte werden vom Krankenhaus gestellt). Ein weiterer Vorteil dieses Ansatzes wird darin gesehen, dass er mehr Möglichkeiten bietet, mit Personalengpässen umzugehen.
- Zusammenlegung von Rettungsdienst und ärztlichem Bereitschaftsdienst im Landkreis Märkisch-Oderland: In einigen Regionen des Landkreises hat die KV Brandenburg im Jahr 2013 die Zuständigkeit für den ärztlichen Bereitschaftsdienst dem Rettungsdienst übertragen, da es insgesamt ein nur sehr geringes Fallaufkommen gab. Ein wesentliches Ziel waren Einsparungen von Bereitschaftsdiensthonoraren.
- Partner-Praxen: Die KV Brandenburg bot zwischenzeitlich eine gesonderte Vergütung für diejenigen Vertragsärzte, deren Praxen Patienten aus Klinikrettungsstellen übernahmen, die dort (als weniger dringliche Fälle) kurzfristig nicht versorgt werden konnten.

Die Evaluation der Modellansätze konzentrierte sich auf die beiden erstgenannten Ansätze (ÄBP, Koordinierungsstellen), da für diese auf empirische Datengrundlagen zurückgegriffen werden konnte:

- Die KV Brandenburg stellte – teilweise standortbezogene – Daten zur Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter Akut- und Notfallversorgung, differenziert nach Leistungsform (Bereitschaftsdienst, ÄBP, Rettungsstelle) sowie nach Bereitschaftsdienstzeiten für den Zeitraum der Jahre 2013 bis 2019 zur Verfügung. Auf dieser Basis konnte eine erste Einschätzung von Entlastungseffekten sowohl für den Bereitschaftsdienst als auch für die Klinikrettungsstellen durch die ÄBP vorgenommen werden. Ergänzt wurde die Analyse der ÄBP durch Experteninterviews mit in den Rettungsstellen tätigem medizinischen Personal (s. folgenden Abschnitt).
- Daten zur Disposition der 116 117-Anrufe durch die KV-Koordinierungsstelle sowie Vergleichsdaten aus der Zeit vor Inbetriebnahme der KV-Koordinierungsstelle wurden ebenfalls durch die KV Brandenburg zur Verfügung gestellt. Anhand dieser Daten konnte u. a. die Dispositionsstruktur hinsichtlich der Anteile insbesondere von Einsatzärzten, ÄBP und Rettungsdienst ermittelt werden.

Der Modellansatz „Krankenhausträger als Betreiber des Rettungsdienstes“ war Gegenstand eines Experteninterviews; für eine Evaluation geeignete Daten waren nicht verfügbar. Dasselbe gilt für den Modellansatz „Zusammenlegung von Rettungsdienst und ärztlichem Bereitschaftsdienst“; hinzu kommt in diesem Fall, dass Aspekte der Vergütung und Finanzierung nicht Gegenstand des Forschungsprojekts waren. Der Modellansatz „Partner-Praxen“ wurde schließlich mangels ausreichender Beteiligung noch während der Projektlaufzeit eingestellt.

Über folgende regionale Modellansätze der Akut- und Notfallversorgung in anderen Bundesländern wurde recherchiert und im Rahmen der Dialogveranstaltungen und Expertenworkshops diskutiert:

- Qualifizierte Krankenfahrt in Baden-Württemberg: Erprobt wurde hierbei eine neue Fahrzeugklasse, ausgestattet mit medizinisch geschultem Personal, aber unterhalb der Schwelle von Rettungsmitteln, mit dem Ziel, das Ausmaß inadäquater Inanspruchnahmen des Rettungsdienstes zu verringern.

¹⁰ So verhindert die Kooperation, dass Rettungsleitstellen direkt Einsatzärzte kontaktieren, die u. U. nicht verfügbar sind (unterwegs/kein Handyempfang), so dass letztlich Rettungswagen ausrücken müssten, obwohl dies vermeidbar wäre.

- Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA): Dieses Online-Meldesystem über freie Klinikkapazitäten für Notfälle soll es den Rettungsdiensten erleichtern, schnell passende Krankenhäuser zu finden. Mittlerweile wird IVENA auch von den Rettungsdiensten in Brandenburg genutzt. Teilweise längere Erfahrungen hiermit gibt es in Hessen und Niedersachsen (sowie in Österreich).
- Telenotarzt: Hierbei unterstützen erfahrene Notfallmediziner von einer Telenotarztzentrale aus über Mobilfunk – und mit der Möglichkeit der (Vital-)Datenübertragung – das Rettungsdienstpersonal im Einsatz vor Ort bei Diagnosestellung und Erstversorgung mit ihrer Expertise. Ziele dieses Modellansatzes ist eine weitergehende Nutzung von Notarztkapazitäten aufgrund der (Fahr-)Zeitersparnis sowie eine Verkürzung der therapiefreien Zeit bis zum Eintreffen eines Notarztes vor Ort. Daher werden Telenotarzt-Systeme insbesondere für ländliche Regionen in Erwägung gezogen. Erste Erfahrungen mit dem Modellansatz wurden in Aachen (seit 2014), nachfolgend im Main-Kinzig-Kreis, im Landkreis Vorpommern-Greifswald und in ländlichen Regionen Bayerns gemacht. Letztere waren Gegenstand eines eigenen vom Innovationsfonds geförderten Projekts (01NVF16013).

Die Ergebnisse können im Detail der Anlage 2 (S. 150-162 der Anlage) entnommen werden.

6.1.7 Expertenbefragung

Befragt wurden in den Rettungsstellen der Krankenhäuser tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte, darüber hinaus Leiter der Rettungsdienste und Rettungssanitäter. Inhaltlich waren die Schwerpunkte der Befragung:

- Adäquatheit der Versorgung
- Ressourcen
- Steuerungsmechanismen
- sektorale Schnittstellen.

Die Ergebnisse können im Detail der Anlage 2 (S. 163-170 der Anlage) entnommen werden.

6.1.8 Expertenworkshops

Insgesamt wurden – neben sechs Dialogveranstaltungen ausschließlich mit den Projektpartnern – jeweils im Wechsel sechs Expertenworkshops mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen durchgeführt. Neben den Projektpartnern wurden jeweils schwerpunktthemenbezogen externe Expertinnen und Experten zu diesen Workshops eingeladen, die teilweise Impulsreferate übernahmen. Nachfolgend findet sich eine Auflistung der Expertenworkshops mit den jeweiligen Schwerpunktthemen und den externen Expertinnen und Experten, die jeweils als Referenten bzw. Referentinnen teilnahmen. Die weiteren Expertinnen und Experten, die als Diskutanten an den Workshops teilnahmen, sind in Anlage 8 aufgeführt.

Expertenworkshop	Schwerpunktthemen	Expertinnen/Experten (Referenten)
20. Juni 2017	Begriff und Abgrenzung von Notfällen und akuter Behandlungsbedürftigkeit	Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram, Leiter Rettungsstelle Campus Benjamin Franklin, Berlin (Impulsreferat) Dr. Timo Schöpke, Facharzt für Innere Medizin/Notfallmedizin, Direktor des Notfallzentrums am Werner Forßmann Krankenhaus, Eberswalde (Impulsreferat) Dr. Jörn Adam, Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin, Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow
11. Dezember 2017	Organisation des Rettungsdienstes im Land Brandenburg	Ingolf Zellmann (Berufsfeuerwehr Cottbus) Torsten Reinhold (Landesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Land Brandenburg) Andreas Schwark (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg)
26. Juni 2018	Stationäre Notfall- und Akutversorgung	Kathrin Fuchs (Geschäftsführerin, Landesapothekerkammer Brandenburg) Dr. Birga Maier (Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e.V.) Dr. med. Timo Schöpke (Direktor, Notfallzentrum, Werner-Forßmann-Krankenhaus) Dr. med. Benno Bretag (Chefarzt Notfallambulanzen, Klinikum Dahme-Spreewald GmbH) Michael Zaske (MSGIV)
7. Dezember 2018	Luftrettung, Ambulante Notfall- und Akutversorgung, Bevölkerungsbefragung, Einrichtungs- und Patientenbefragung	Ernst Peleikis (DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG)
17. Juni 2019	psychiatrische Notfallversorgung in Brandenburg, Notfall- und Akutversorgung von Pflegeheimbewohnern, Sondierung möglicher Projektergebnisse: Handlungsbedarf und Lösungsansätze, ergänzende Auswertungen zur ambulanten Notfall- und Akutversorgung	Chefarzt Dr. med M. Sandner (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin; Krankenhaus Angermünde) Andy Lichtenberg (Regionalleiter Brandenburg; RENAFAN GmbH) (kurzfristige Absage)
16. November 2020	Auswahl und Diskussion von zentralen Ergebnissen, hieraus ableitbarem Handlungsbedarf und von Lösungsoptionen/Empfehlungen	Dr. Martin Albrecht (IGES) Dr. Stefan Loos (IGES) Dr. Marc Kurepkat (CSG)

Die zentralen Inhalte und Ergebnisse der Expertenworkshops wurden jeweils vom IGES Institut schriftlich dokumentiert und allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zugesandt. Darüber hinaus erhielten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer die jeweiligen (Folien-) Vorträge der Referentinnen und Referenten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Möglichkeit, die Dokumentation zu kommentieren sowie Ergänzungen oder Anpassungen vorzuschlagen.

Die Expertenworkshops wurden in der jeweils nachfolgenden Dialogveranstaltung mit den Projektpartnern rückblickend gemeinsam reflektiert. Handlungsbedarf, Lösungsoptionen und Empfehlungen wurden im Rahmen der insgesamt zwölf Veranstaltungen in einem mehrstufigen, interaktiven Prozess entwickelt. Hierzu formulierten das Projektteam des IGES Instituts und der CSG Vorlagen auf Basis der Analyseergebnisse und der Diskussionsbeiträge der Projektbeteiligten sowie externen Expertinnen und Experten, die erstmals im Rahmen der fünften Dialogveranstaltung intern und des fünften Expertenworkshops mit Externen zur Diskussion gestellt wurden. Auf Grundlage der Diskussionsergebnisse wurden die Schlussfolgerungen zu Handlungsbedarf und Empfehlungen durch IGES/CSG überarbeitet und ergänzt. Diese wurden dann im Rahmen des sechsten Expertenworkshops vorgestellt und diskutiert. Die Empfehlungen wurden schließlich unter Berücksichtigung der Rückmeldungen von Beteiligten sowie externen Expertinnen und Experten zur Workshopdokumentation, darunter einer Stellungnahme des Arbeitskreises Notaufnahmen Brandenburg (AKNB), finalisiert.

6.2 Werden Akut- und Notfall-Patienten in Brandenburg (strukturell) adäquat versorgt?

Handlungsbedarf wurde im Hinblick auf drei Fragestellungen untersucht.

6.2.1 Ist das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten auffällig?

Die Einwohner Brandenburgs nehmen die stationäre Notfallversorgung relativ häufig in Anspruch: Von 1.000 Einwohnern wurden 117 im Jahr 2017 als Notfälle vollstationär aufgenommen, im Bundesdurchschnitt betrug dieser Anteil 104.¹¹ Von ihnen wurden 84 % in Kliniken Brandenburgs behandelt, rd. 12 % in Berlin und der Rest in anderen Bundesländern (Anlage 1 Tabelle 1).¹²

Die relativ hohe Inanspruchnahme stationärer Notfallversorgung geht von einer überdurchschnittlich alten Bevölkerung aus: 23,9 % der Einwohner waren mindestens 65 Jahre alt (Bundesdurchschnitt: 21,3 %), nur drei Bundesländer lagen mit ihrem Anteil über dem Wert Brandenburgs. Hätte Brandenburg die gleiche Altersklassenverteilung der Bevölkerung wie Deutschland insgesamt, hätte sich im Jahr 2017 – bei identischen altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmeraten – eine um 4,1 % geringere Häufigkeit stationärer Notfälle ergeben (absolut: rd. 8.500 Fälle weniger). Die Altersstruktur der Brandenburger Bevölkerung spiegelt sich auch in dem Anteil Pflegebedürftiger wider, der mit 5,3 % ebenfalls deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag und nur in Mecklenburg-Vorpommern noch höher war (5,7 %). Ein Anteil von 3,7 % der stationären Notfallpatienten verursachte im Jahr 2017 vier oder mehr Notfälle und damit 12,4 % aller stationären Notfälle (Anlage 1 Abbildung 3). Bei einem Großteil dieser stationären Notfallpatienten bzw. Notfälle (ca. 56 %) handelte es sich um pflegebedürftige Personen, davon häufig aus Pflegeheimen (Anlage 1 Abbildung 4).

Hinzu kamen 196 Fälle mit ambulanter Notfall- und Akutversorgung¹³ je 1.000 Einwohner Brandenburgs, die fast alle (99,3 %) in Brandenburg versorgt wurden. Betrachtet man nur die ambulante Akutversorgung im Rahmen des organisierten ärztlichen Notdienstes, zeigt sich – im Gegensatz zur stationären Notfall- und Akutversorgung – eine stark unterdurchschnittliche Inanspruchnahme durch

¹¹ Diese Kennziffern umfassen alle stationären Notfälle, deren Behandlung nach dem DRG-System abgerechnet wurden. Nicht enthalten sind Akut- bzw. Notfälle im Rahmen vorstationärer Behandlungen sowie Notfälle, die nicht nach dem DRG-System abgerechnet werden.

¹² Insbesondere aus den Landkreisen Prignitz, Uckermark, Elbe-Elster und Oberspreewald-Lausitz wird ein nicht unwesentlicher Teil der stationären Notfallpatienten in angrenzenden Bundesländern (ohne Berlin) versorgt (Anlage 1 Tabelle 2).

¹³ Die Daten zur ambulanten Notfall- und Akutversorgung beziehen sich lediglich auf Behandlungsfälle von gesetzlich versicherten Personen, die über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet wurden. Für die Analyse wurden Fälle einbezogen, die neben dem organisierten ärztlichen Not(fall)dienst (EBM-Abschnitt 1.2) auch im Rahmen der besonderen Inanspruchnahme von Vertragsärzten (EBM-Abschnitt 1.1) und dringender Besuche (EBM-Abschnitt 1.4) versorgt wurden. Nicht enthalten sind Behandlungsfälle, die durch andere Kostenträger als die GKV erstattet wurden (u. a. Private Krankenversicherung, Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung, Selbstzahler).

die Brandenburger Bevölkerung (180 Fälle je 1.000 Einwohner im Vergleich zu 269 im Bundesdurchschnitt).¹⁴ Allerdings war wiederum der Anteil der ambulanten Not- und Akutfälle, die in bzw. durch Krankenhäuser versorgt werden, mit 76 % (2017) deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (55 %).

Die relativ geringe Inanspruchnahme der ambulanten Notfall- und Akutversorgung bzw. der hohe Anteil der Krankenhäuser hieran spiegelt die Strukturnachteile Brandenburgs als Bundesland mit der geringsten Arztdichte in der vertragsärztlichen Versorgung wider. In der im Rahmen des Projekts durchgeführten Bevölkerungsbefragung konstatierten 51 % der Befragten einen Hausarzt- und rd. 80 % einen Facharztmangel. Andererseits weiß eine Mehrheit der Befragten, an welche Versorgungsmöglichkeiten man sich in medizinischen Notfällen wenden kann, und hält diese auch für (eher) gut erreichbar. Ein Großteil von ihnen (rd. zwei Drittel) bewerteten die medizinische Behandlung im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung als gut bis sehr gut – und zwar unabhängig vom konkreten Setting (Krankenhausnotaufnahme, ärztliche Bereitschaftsdienst oder Bereitschaftsdienstpraxis) (Anlage 1 Abbildung 5). Im Rahmen des Projekts durchgeführte Befragungen von Patienten in Rettungsstellen ergaben zudem keine Anzeichen für eine mangelhafte Gesundheitskompetenz hinsichtlich der Dringlichkeitseinschätzung. Auch hier bestätigte sich, dass die Patienten mehrheitlich mit der Behandlung in den Rettungsstellen zufrieden waren – mit Abstrichen hinsichtlich der Wartezeit sowie unter jüngeren Patienten in der Altersgruppe 18 bis 30 Jahre.

Die relativ häufige Inanspruchnahme von Krankenhäusern in der Notfall- und Akutversorgung durch die Brandenburger Bevölkerung korrespondiert mit einer überdurchschnittlichen Häufigkeit von Rettungsdienst- und Notarzteinsätzen¹⁵: Je 1.000 Einwohner wurden im Jahr 2018 ca. 121 Mal ein Rettungswagen in Anspruch genommen und knapp 39 Mal Notärzte. Zum Vergleich: In Baden-Württemberg waren es knapp 93 Mal (RTW) und knapp 27 Mal (Notärzte), bundesweit bei GKV-Versicherten knapp 78 Mal bzw. 29 Mal je 1.000 Versicherte. Dagegen wurden Krankentransporte in Brandenburg viel seltener genutzt (15 Mal je 1.000 Einwohner im Vergleich zu knapp 79 Mal in Baden-Württemberg und rd. 86 Mal in der GKV je 1.000 Versicherte). Insbesondere im Zeitraum 2002 bis 2007 ist die Anzahl der Krankentransporte in Brandenburg stark zurückgegangen (um fast 64 % bzw. um rd. 18 % p.a.).

In der für das Projekt durchgeführten Bevölkerungsbefragung gaben knapp 12 % der Befragten an, sich außerhalb der Praxisöffnungszeiten am ehesten an den Rettungsdienst zu wenden, um als dringend eingestufte ärztliche Hilfe zu erhalten, jeweils rd. 31 % an eine Krankenhaus-Rettungsstelle oder eine Form der vertragsärztlichen Versorgung (primär den ärztlichen Bereitschaftsdienst). Etwa ein Viertel der Befragten war dagegen nicht festgelegt, sondern wählt den Zugang in Abhängigkeit der konkreten Beschwerden. Dieser relativ hohe Anteil verdeutlicht die bestehenden Spielräume zur Steuerung der Inanspruchnahme von Akut- und Notfallversorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten. Bei als dringend eingestuften Beschwerden während der Praxisöffnungszeiten äußerte ein Großteil der Befragten (78 %) eine Präferenz, vertragsärztliche Versorgungsangebote, primär den Hausarzt, aufzusuchen.

6.2.2 Werden die Patienten schnell genug versorgt?

Nach dem Brandenburgischen Rettungsdienstgesetz müssen die an einer öffentlichen Straße gelegenen Einsatzorte des bodengebundenen Rettungsdienstes jahresbezogen in 95 % aller Fälle innerhalb

¹⁴ Im Gegensatz zur stationären Notfallhäufigkeit wird dies durch den Altersstruktureffekt noch verstärkt, denn die mit Abstand höchste Inanspruchnahmerate ambulanter Notfall- und Akutversorgung ergibt sich für die Altersgruppe 1-2 Jahre, auf die in Brandenburg im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nur ein unterdurchschnittlicher Anteil der Bevölkerung entfällt. Unterstellt man für Brandenburg die gleiche Altersklassenverteilung der Bevölkerung wie für Deutschland insgesamt, hätte sich im Jahr 2017 – bei identischen altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmeraten – eine um 7,2 % höhere Häufigkeit ambulanter Not- und Akutfälle ergeben (absolut: rd. 38.000 Fälle mehr).

¹⁵ Aufgrund der derzeitigen Finanzierung der rettungsdienstlichen Leistungen lösen Rettungsdienstesätze in der Regel einen Transport in ein Krankenhaus aus, auch wenn im Einzelfall eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

von 15 Minuten erreicht werden.¹⁶ Diese Vorgabe wurde in den vergangenen Jahren lediglich in den kreisfreien Städten erfüllt, jedoch in keinem der Landkreise Brandenburgs. Im Jahr 2018 lag der durchschnittliche Einsatzanteil mit Hilfsfristinhaltung in Brandenburg (ohne Prignitz) bei 92,1 % mit einer Spannweite von 98,1 % (Frankfurt/Oder) bis 86,4 % (Havelland) (Anlage 1 Abbildung 6). Darüber hinaus zeigt sich, dass der Anteil der Einsatzfälle mit Hilfsfristüberschreitung bei kleineren Rettungswachen (mit weniger als 1.000 Einsätzen im Jahr) z. T. deutlich höher war (Anlage 1 Abbildung 7).

6.2.3 Wie ist die Zuordnung von Patienten zu den unterschiedlichen Leistungskapazitäten zu bewerten?

6.2.3.1 Rettungsdienst

Im prästationären Bereich ist die überdurchschnittlich hohe und in den letzten Jahren deutlich gestiegene Häufigkeit von RTW- und Notarzt-Einsätzen in Brandenburg auffällig (Anlage 1 Abbildung 8). Es gibt deutliche Hinweise, dass diese Einsätze in vielen Fällen für Patienten stattfinden, für die keine Notarzteinsätze erforderlich und auch weniger aufwendige bzw. dringliche Transportmöglichkeiten angemessen wären. So ergab die Auswertung von Rettungsdienstdaten einer Auswahl von Regionen in Brandenburg einen relativ hohen Anteil (rd. 40 %) von Patienten, für die eine sehr geringe Krankheitsschwere („gesund bis leichte Störungen“) dokumentiert wurden. Nach Experteneinschätzung dürfte dieser Anteilswert überzeichnet sein, da erfahrungsgemäß die Krankheitsschwere in der Dokumentation tendenziell eher unterschätzt wird. Der grundsätzliche Befund, dass ein relativ hoher Anteil von RTW-Einsätzen aufgrund einer geringen Krankheitsschwere als prinzipiell vermeidbar eingestuft werden kann, bleibt dadurch aber unberührt. Ein weiterer Hinweis hierauf ist der geringe Anteil der Krankentransportwagen (KTW) am gesamten Einsatzfahrtaufkommen: Er betrug im Jahr 2018 in Brandenburg 7,7 %, für Deutschland insgesamt lag der entsprechende Wert für den Zeitraum 2016/2017 mit 21,6 % dagegen deutlich höher.

6.2.3.2 Vertragsärztliche Versorgung von Akutpatienten

In Brandenburg wird der ärztliche Bereitschaftsdienst durch die KV seit einigen Jahren reorganisiert. Um die Dienstbelastung in dem überwiegend relativ dünn besiedelten Flächenland und unter Wahrung des Freiwilligkeitsprinzips in einem vertretbaren Rahmen zu halten, gilt seit dem Jahr 2017 das Standortprinzip. Demnach wird das Versorgungsangebot des Bereitschaftsdienstes an zentralen Anlaufpunkten – den Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP) an den Standorten der Rettungsstellen kooperierender Krankenhäuser – konzentriert. Akutpatienten werden über die ärztliche Notdienstnummer (116 117) bevorzugt an die ÄBP verwiesen, so dass der Bedarf an Einsatzärzten bzw. Hausbesuchen/Fahrdiensten reduziert werden kann.¹⁷

Das Standortprinzip, also die Steuerung von ambulanten Notfall- und Akutfällen zu den ÄBP, wird zunehmend effektiv umgesetzt: Während der Anteil der ÄBP an allen im Rahmen des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes versorgten Patienten zwischen Jahresbeginn 2015 und Jahresbeginn 2018 von knapp 30 % auf rd. 40 % stieg, erhöhte er sich bis Jahresende 2019 auf 72 % (Anlage 1 Abbildung 9). In derselben Zeit kamen sieben neue ÄBP-Standorte hinzu. Eine regionale Zentralisierung der ambulanten Notfall- und Akutversorgung durch Fokussierung auf ÄBP ist einerseits kritisch zu sehen, insofern hierdurch die Zugangsmöglichkeiten in einigen Regionen eingeschränkt werden. Geht man von den ursprünglich geplanten 19 ÄBP-Standorten aus, benötigen knapp 15 % der Einwohner

¹⁶ Gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes (BbgRettG) umfasst diese Hilfsfrist den Zeitraum vom Eingang der Notfallmeldung in der integrierten Leitstelle bis zum Erreichen des Einsatzortes durch das eintreffende Rettungsmittel. Die Landesrettungsdienstplanverordnung nimmt hierauf Bezug und konkretisiert, dass die Notfallmeldung als eingegangen gilt, wenn alle erforderlichen Informationen in der integrierten Regionalleitstelle vorliegen, um diese Meldung als Notfall zu klassifizieren. Dieser Zeitpunkt ist in einem elektronischen Einsatzleitsystem messbar zu dokumentieren.

¹⁷ Im Zuge dessen wurden Bereitschaftsdienst-Bezirke zu Bereitschaftsdienst-Regionen zusammengelegt, die Vergütung für Einsatzärzte erhöht und eine Fahrdienstunterstützung eingeführt.

Brandenburgs mehr als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit zur nächstgelegenen Einrichtung (Anlage 1 Abbildung 10).¹⁸ Andererseits ermöglicht es eine solche Zentralisierung, die Gesamtkapazität der ambulanten Notfall- und Akutversorgung zu steigern. Verluste der knappen ärztlichen Versorgungskapazitäten in Form von Fahrzeiten oder infolge einer suboptimalen Auslastung bei weniger zentralisierten Strukturen können vermieden werden. Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Fachkräftemangels sollte daher die Steuerung von Akutpatienten zu den Ärztlichen Bereitschaftspraxen weiter intensiviert werden.

Nach den bisherigen Erfahrungen in Regionen, in denen die telefonische Patientensteuerung bereits länger praktiziert wird¹⁹, wurden von den unter der Nummer 116 117 eingehenden Anrufe nur noch rd. ein Viertel (städtische Region) bzw. ein Drittel (ländliche Region) direkt an die diensthabenden Einsatzärzte weitergeleitet (vor der Reorganisation des Bereitschaftsdienstes: 100 %). Die übrigen Anrufe konnten hingegen bei der Koordinierungsstelle verbleiben. Im Ergebnis wurden zwischen 30 % und 40 % der anrufenden Patienten in Ärztliche Bereitschaftspraxen gesteuert. Rund 20 % der Fälle konnten durch Auskunft der Koordinierungsstelle abgeschlossen werden, ca. 10 % wurden an den Rettungsdienst (112) weitergeleitet, ca. 5 % an Hausärzte verwiesen. Lediglich noch zwischen 10 % und 20 % der Anrufe erforderten einen mobilen Einsatz (Hausbesuche oder Leichenschau) und rd. 15 % eine telefonische Beratung durch die Einsatzärzte.

6.2.3.2 Stationäre Notfallversorgung

Im Jahr 2018 wurden in Brandenburg an 60 der 64 Krankenhausstandorte insgesamt 265.063 Patienten als Notfälle stationär aufgenommen.²⁰ Dabei handelt es sich um knapp die Hälfte aller stationären Behandlungsfälle (49,2 %). Dabei übernahmen 39 Krankenhausstandorte den Großteil der Versorgung dieser Patienten (mit jeweils mind. 2.000 Notfällen, insg. 95,3 % der Gesamtzahl). Alle diese Krankenhäuser verfügten über Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie, 15 von ihnen allerdings nur über eingeschränkte intensivmedizinische Behandlungskapazitäten.²¹ Die übrige stationäre Notfallversorgung fand in Fachkliniken mit spezifischen Leistungsangeboten statt. Die Bevölkerung Brandenburgs kann zu 98 % einen dieser 39 Klinikstandorte innerhalb von 30 Minuten mit dem Pkw erreichen (Anlage 1 Abbildung 11).

Im Jahr 2018 gab es 7.449 stationäre Notaufnahmen wegen eines Schlaganfalls. An deren Versorgung waren insgesamt 51 Klinikstandorte beteiligt, allerdings in sehr unterschiedlichem Ausmaß: Während an neun Standorten jeweils mind. 300 Fälle behandelt wurden, waren es an 26 Standorten jeweils weniger als 50 Fälle. An 17 Standorten mit insg. 371 Fällen wurden mind. 50 % der Schlaganfall-Notfallpatienten verlegt oder sind im Krankenhaus verstorben. In der Summe wurden die Schlaganfall-Notfallpatienten in Brandenburg – bezogen auf drei wesentliche Kriterien – überwiegend leitliniengerecht versorgt: Nahezu alle (97 %) erhielten eine CT-/MRT-Diagnostik, 74 % wurden auf einer Stroke Unit behandelt, und 14,6% der Notfallpatienten mit Hirninfarkt erhielten eine Lyse.²² Allerdings gab es regional bzw. an einzelnen Standorten deutliche Abweichungen: So reicht das Spektrum der Lyseraten an den 37 Standorten, an welchen diese Leistung dokumentiert wurde, von 0 % bis 25 %, und

¹⁸ Hierbei wurden Bereitschaftspraxen in angrenzenden Regionen außerhalb Brandenburgs bereits berücksichtigt.

¹⁹ Es handelt sich um Königs Wusterhausen als städtische und Templin als ländliche Region; Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

²⁰ Hierbei handelt es sich um stationäre Behandlungsfälle mit Aufnahmearbeit „Notfall“, wie sie in der Datengrundlage nach § 21 KHEntgG kodiert werden. Das heißt, es handelt sich um Behandlungsfälle ohne reguläre Einweisung durch niedergelassene Ärzte.

²¹ Das heißt, an diesen Standorten wurden keine intensivmedizinischen Komplexbehandlungen dokumentiert bzw. durchgeführt, die u. a. eine kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch in der Intensivmedizin erfahrene Pflegekräfte und Ärzte voraussetzen sowie die Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ und eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation.

²² In einer aktuellen Studie wird bundesweit eine Lyserate von 16,4 % berichtet (Richter et al. 2021).

an nur 12 Standorten (mit rd. 82% aller Stroke-Unit-Fälle bzw. 60 % aller Schlaganfall-Notfallpatienten) gab es mind. 200 Stroke-Unit-Behandlungen (Mindestmenge gemäß Zertifizierungskriterien; zwei weitere Standorte unterschritten die Mindestmenge nur knapp und wiesen überdurchschnittliche Lyseraten auf). Rund 90 % der Bevölkerung Brandenburgs erreichen einen der 26 Standorte, die im Jahr 2018 mind. 10 Stroke-Unit-Behandlungen durchgeführt haben, innerhalb von 30 Minuten mit dem Pkw. Bezieht man lediglich die 14 Standorte ein, die über oder nur knapp unterhalb der Schwelle von 200 Stroke-Unit-Behandlungen lagen und einer Lyserate von mehr als 10 % hatten, so gilt die 30-Minuten-Erreichbarkeitsgrenze nur noch für 74 % der Bevölkerung Brandenburgs (Anlage 1 Abbildung 12).

Aufgrund eines Herzinfarkts gab es in Brandenburg im Jahr 2018 insgesamt 5.340 stationäre Notaufnahmen. In 1.882 dieser Fälle handelte es sich um transmurale Herzinfarkte. Die Notfall-Herzinfarktpatienten wurden an insgesamt 48 Krankenhausstandorten versorgt, von denen jedoch nur 20 Kliniken mindestens 100 Notfälle mit Herzinfarkt betreuten und auch systematisch Linksherzkatheter-Interventionen durchführten.²³ Eine Linksherzkatheter-Intervention wurde insgesamt bei 79 % aller Herzinfarkt-Notfallpatienten durchgeführt, mit teilweise starken Unterschieden zwischen den Standorten (Minimum: 36 %). In den Fällen mit transmuralem Herzinfarkt lagen die entsprechenden Anteilswerte höher (insgesamt: 90 %, Minimum: 57 %).

Im Hinblick auf alle 48 Krankenhausstandorte, die im Jahr 2018 Herzinfarkt-Notfallpatienten versorgt haben, galt eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Pkw-Minuten für etwas mehr als 98 % der Bevölkerung. Bezieht man nur die 20 Klinikstandorte mit mind. 100 Herzinfarkt-Notfällen ein, benötigten 17 % der Bevölkerung mehr als 30 Pkw-Minuten, um den nächstgelegenen von diesen zu erreichen (Anlage 1 Abbildung 13). Dies betrifft periphere Regionen insbesondere in den Landkreisen Uckermark, Oberhavel, Märkisch-Oderland, Elbe-Elster und Potsdam-Mittelmark.

Von allen Herzinfarkt-Notfallpatienten sind 8,5 % im Krankenhaus verstorben (maximaler Anteil an einem Standort: 12,4 %), knapp ein Fünftel der Patienten (19,5 %) wurde verlegt (maximaler Anteil an einem Standort: 45 %). An 23 der 48 Standorte wurde mindestens die Hälfte der Herzinfarkt-Notfallpatienten verlegt oder verstarb im Krankenhaus (insgesamt 586 Fälle). An einigen Kliniken mit geringen Fallzahlen traf dies auf sämtliche Herzinfarkt-Notfallpatienten zu.

Zusammenfassend zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der Krankenhausversorgung in Brandenburg – von den vollstationären Fällen sind es knapp 50 % – auf die Behandlung von Akut- und Notfallpatienten entfällt. Bezieht man alle Klinikstandorte ein, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, sind diese in max. 30 Minuten Pkw-Fahrzeit für nahezu die gesamte Bevölkerung Brandenburgs erreichbar. Legt man ausgewählte qualitätsbezogene Kriterien zugrunde, zeigt sich jedoch, dass die Notfallversorgung nicht an allen Standorten unter den gleichen qualitativen Voraussetzungen stattfindet. Wenn man den Zugang nur zu den Krankenhäusern betrachtet, die anerkannte qualitätsbezogene Mindestanforderungen erfüllen, werden Einschränkungen der Erreichbarkeit in peripheren Regionen sichtbar.

6.2.4 Empfehlungen

Die Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg ist dadurch gekennzeichnet, dass zu einem relativ hohen Anteil ressourcenintensive Versorgungskapazitäten eingesetzt werden: Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gibt es relativ mehr Rettungsdienst- und Notarzteinsätze, Patienten werden häufiger als Notfälle stationär aufgenommen, und die ambulante Notfall- und Akutversorgung findet in Brandenburg überdurchschnittlich oft in bzw. durch Krankenhäuser statt. Handlungsbedarf besteht daher mit dem Ziel, die prinzipiell ressourcenintensiven und knappen rettungsdienstlichen, notärztlichen und stationären Kapazitäten der Notfall- und Akutversorgung zu entlasten. Maßnahmen sollten folglich darauf gerichtet sein, Notfall- und Akutpatienten – wo immer dies aus medizinischer Sicht mög-

²³ Die in der wissenschaftlichen Literatur abgeleitete Mindestmenge von 309 Fällen (vgl. Nimptsch/Mansky 2018) erreichten 18 dieser Standorte.

lich ist – durch andere, weniger ressourcenintensive Kapazitäten zu versorgen. Angesichts eines alterungsbedingt steigenden Versorgungsbedarfs und der erwartungsgemäß zunehmenden Schwierigkeiten, qualifiziertes medizinisches Personal in der Fläche vorzuhalten, sollten die ressourcenintensiven Versorgungskapazitäten auf diejenigen Patienten bzw. Versorgungsanlässe konzentriert werden, für die es aus medizinischer Sicht keine weniger ressourcenintensiven Versorgungsalternativen gibt.

6.2.4.1 Rettungsdienst

Für den Rettungsdienst leitet sich hieraus die zentrale Empfehlung ab, durch die Schaffung alternativer Transportmöglichkeiten Entlastungen bei der Inanspruchnahme der Rettungswagen (RTW) und der Notarzteinsätze zu erreichen. Eine solche Entlastung würde dazu beitragen, die Hilfsfristvorgaben weitergehend einzuhalten. In den letzten Jahren hat die Anzahl der RTW-Einsätze und der Einsatz-Kilometer deutlich stärker zugenommen als die Anzahl der RTW-Einsatzfahrzeuge. Gleichzeitig sind bei den Krankentransporten (mit KTW) sowohl die Anzahl der Einsatzfahrzeuge als auch die Anzahl der Einsätze und Einsatz-Kilometer zurückgegangen. Die Zahl der Einsatz-Kilometer der KTW betrug zuletzt weniger als ein Fünftel der Einsatz-Kilometer der RTW. Es wird allgemein davon ausgegangen – und dies gilt nicht nur für Brandenburg –, dass in zahlreichen Fällen RTW nicht ihrem eigentlichen Zweck entsprechend, d. h. bei Notfällen gemäß § 3 Abs. 1 BbgRettG²⁴, eingesetzt werden. Bei diesen Fällen kann es sich z. B. um Patienten mit eingeschränkter Mobilität handeln, die Krankentransporte benötigen, oder um akute Fälle, die in den Zuständigkeitsbereich des ärztlichen Notdienstes fallen; vermutet wird auch eine teilweise missbräuchliche Inanspruchnahme des Rettungsdienstes als schnellen Zugang zu einer Behandlung im Krankenhaus. Solche Fälle verursachen entweder „Leerfahrten“ oder nachfolgende Inanspruchnahmen von Krankenhauskapazitäten, die zumindest teilweise vermieden werden könnten. Eine wesentliche Ursache dieser Fehlinsanspruchnahmen von RTW-Kapazitäten ist der Mangel an Transportalternativen. Aus Sicht von Patienten mit akuten Anlässen besteht eine Wahl häufig nur zwischen RTW einerseits oder Taxi andererseits.

Der Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand: Januar 2020) enthält bereits einen Ansatz, um die Voraussetzung für mehr Transportalternativen zu schaffen. Demnach sollen Rettungsleitstellen zur akut- und notdienstlichen Versorgung auch Krankentransporte disponieren können, und zwar auf Basis einer Verordnungsfiktion, gemäß der die Entscheidung der Leitstelle auf Basis ihrer Ersteinschätzung zur medizinischen Dringlichkeit einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt wird. Gegenwärtig ist eine solche die Voraussetzung dafür, dass die Kosten der Krankentransporte von den Krankenkassen erstattet werden; Krankentransporte müssen also von Ärzten bzw. Krankenhäusern angefordert werden. Im Zusammenhang mit der erweiterten Disponierungsmöglichkeit der Leitstellen betont der Gesetzentwurf die Vorrangstellung von Krankentransporten, wonach RTW-Einsätze nur noch dann disponiert werden, wenn Krankentransportfahrten aufgrund von medizinischer Dringlichkeit (im Sinne des medizinischen Notfalls gemäß § 3 Abs. 1 BbgRettG) nicht in Frage kommen.

Die Umsetzung dieser Reform wäre eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung dafür, die RTW-Kapazitäten zu entlasten. Erforderlich ist darüber hinaus, dass entsprechend mehr Krankentransportkapazitäten in Brandenburg geschaffen werden. Hierzu könnte eine Gleichstellung von (privaten) Drittunternehmen mit den gesetzlichen Leistungsträgern des Rettungsdienstes für den gesamten Bereich der Krankentransporte beitragen, so dass für die Disposition von Einsätzen insgesamt ein größeres Angebot geschaffen werden kann. Darüber hinaus sollten weitere Einsatzarten für Fälle mit geringerer Dringlichkeit bzw. geringeren Anforderungen an Fahrzeugtyp und Personal definiert und in das Dispositionsspektrum integriert werden. Dafür kann auf Erfahrungen aus Modellprojekten zurückgegriffen werden, beispielsweise in Baden-Württemberg (qualifizierte Krankenfahrten), aber auch in Brandenburg selbst (Pilotprojekt zu minderdringlichen Notfalltransporten in Cottbus und Barnim). Nach den bisherigen Erfahrungen in Cottbus konnten mit Hilfe dieses zusätzlichen Angebots zumindest ein weiterer Anstieg der RTW-Auslastung verhindert und damit Hilfsfristüberschreitungen

²⁴ Kriterien sind die Einschätzung akuter Lebensgefahr oder schwerer gesundheitlicher Schäden, wenn nicht unverzüglich medizinische Hilfe gewährt werden kann.

entgegengewirkt werden. Das Land Brandenburg sollte daher prüfen, ob und wie dieser Ansatz in die Regelversorgung überführt bzw. in der Landesrettungsdienstverordnung verankert werden kann.

Auch für die – vor allem perspektivisch – erforderliche Entlastung von Notarztkapazitäten ist eine Kombination unterschiedlicher Ansätze empfehlenswert.

- Hierzu zählt zum einen eine Optimierung der Notarzteinsätze dadurch, dass planbare, von Notärzten zu begleitende Verlegungstransporte separat organisiert werden, wie dies etwa in Schleswig-Holstein, aber auch in Cottbus bereits erprobt wird.
- Eine erweiterte Nutzung begrenzter Notarztkapazitäten ermöglicht darüber hinaus ein Telenotarzt-System, wie es seit dem Jahr 2014 in Aachen und mittlerweile auch in einigen Regionen Hessens eingesetzt wird und bis Jahresende 2022 in Nordrhein-Westfalen flächendeckend ausgebaut werden soll. Grundidee des Systems ist, dass erfahrene Notfallmediziner von einer Telenotarztzentrale aus über Mobilfunk – und mit der Möglichkeit der (Vital-)Datenübertragung – das Rettungsdienstpersonal im Einsatz vor Ort bei Diagnosestellung und Erstversorgung mit ihrer Expertise unterstützen. Aufgrund der (Fahr-)Zeitersparnis können Telenotärzte mehr Einsätze als derzeit betreuen. Da sie auch ohne physische Anwesenheit Medikamente oder Behandlungsmaßnahmen verordnen dürfen, lässt sich zudem die therapiefreie Zeit bis zum Eintreffen eines Notarztes vor Ort verkürzen. Telenotarzt-Systeme bieten daher – insbesondere in ländlichen Regionen mit überdurchschnittlich weiten Anfahrtszeiten wie in Brandenburg – eine Ergänzung bestehender Strukturen, mit der die Versorgungsqualität verbessert und vorhandene Ressourcen effizienter eingesetzt werden können. Auf Basis der Ergebnisse eines durch den Innovationsfonds geförderten Telenotarzt-Pilotprojekts in einer ländlichen Region Bayerns hat der Innovationsausschuss allen Bundesländern das Telenotarzt-Konzept zur Prüfung und dessen Überführung in die Regelversorgung empfohlen.²⁵ Die mehrjährigen Erfahrungen in Aachen ergaben einen Anteil von 25 % aller Notarzteinsätze mit telenotärztlicher Unterstützung; infolge einer um 50 % reduzierten Notarzt-Bindungszeit können Telenotärzte rd. das 2,5-fache an Einsätzen im Vergleich zu Notarztfahrzeugen betreuen. Aus dem o. g. Pilotprojekt in Bayern ging allerdings auch hervor, dass eine ungenügende Mobilfunk-Netzabdeckung in ländlichen Regionen die Einsatzmöglichkeiten einschränkt.
- Insoweit in Notfallsituationen weder ein Notarzt rechtzeitig vor Ort sein kann noch eine teleärztliche Unterstützung verfügbar ist, sollten entsprechend qualifizierte Notfallsanitäter medizinische Maßnahmen, darunter auch invasive, eigenverantwortlich durchführen können. Bislang fehlte eine ausreichende rechtliche Absicherung hierfür. Mit dem neuen, im Februar 2021 in Kraft getretenen Paragraph 2a des Notfallsanitättergesetzes wurde eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen, von der sich allerdings erst in der Praxis erweisen muss, ob sie ausreichend Rechtssicherheit schafft oder ob für Brandenburg weitere, landesrechtliche Regelungen in Betracht gezogen werden sollten (wie z. B. die Generaldelegation für Notfallsanitäter in Berlin).

Schließlich zeigen die Projektergebnisse das große und teilweise nicht genutzte Potenzial, vorhandene Leistungsdaten ebenso wie zusätzliche Einsatzinformationen für ein regelmäßiges Monitoring der rettungsdienstlichen Versorgung in Brandenburg zu nutzen, so wie dies vereinzelt bereits in anderen Bundesländern geschieht. So ermöglichen die MIND-Daten der Rettungsdienstträger eine äußerst detaillierte Darstellung des Leistungsgeschehens. Das Land Brandenburg sollte daher die Voraussetzungen schaffen, dass diese potente Datengrundlage zukünftig systematisch zu dem Zweck ausgewertet werden kann, die rettungsdienstliche Versorgung landesweit beurteilen zu können. Dies setzt zunächst voraus, die kreisbezogenen Daten in einer gemeinsamen Datengrundlage zusammenzuführen. Empfohlen wird insbesondere, auf dieser Basis zu klären, welche konkreten Ursachen die

²⁵ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/projekt-dokumente/35/2020-12-18_Telenotarzt-Bayern.pdf
(Abruf: 05.03.2021)

regional unterschiedlichen Einsatzanteile mit Hilfsfristüberschreitungen haben und ob bzw. welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Einsatzanteile mit Einhaltung der Hilfsfrist zu erhöhen.

6.2.4.2 Vertragsärztliche Versorgung von Akutpatienten

Im Hinblick auf das Ziel, die ressourcenintensiven stationären Versorgungskapazitäten auf diejenigen Patienten bzw. Versorgungsanlässe zu konzentrieren, für die es keine Versorgungsalternativen gibt, ist es – angesichts des überdurchschnittlich hohen Anteils der Krankenhäuser an der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg – sinnvoll, die Potenziale der vertragsärztlichen Versorgung von Akutpatienten stärker auszuschöpfen. Eine wesentliche Herausforderung stellen hierfür die begrenzten vertragsärztlichen Personalkapazitäten dar. Sie sind der Grund dafür, dass die KV Brandenburg bereits seit einigen Jahren ihren Bereitschaftsdienst reorganisiert und ihr Versorgungsangebot auf Ärztliche Bereitschaftspraxen (ÄBP) an den Standorten der Rettungsstellen kooperierender Krankenhäuser konzentriert (vgl. Kapitel 6.2.3.2).

Um das Potenzial der in die ÄBP steuerbaren Akut-Patienten optimal auszuschöpfen, ist zunächst der Bekanntheitsgrad und dadurch schließlich die Nutzung der Rufnummer 116 117 weiter zu steigern. Gemäß der im Rahmen des Projekts durchgeführten Bevölkerungsbefragung konnte jeder fünfte Erwachsene in Brandenburg die Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes korrekt benennen. Gemäß der Versichertenbefragung der KBV lag der Anteil im Folgejahr 2019 mit 23 % etwas höher und über dem Bundesdurchschnitt (19 %). Es ist davon auszugehen, dass sich der Bekanntheitsgrad seitdem – nicht zuletzt infolge der Covid-19-Pandemie – noch einmal deutlich erhöht hat.²⁶ Dennoch dürfte weiterhin ein größerer Anteil der Bevölkerung in Brandenburg die Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes noch nicht kennen.

Infolge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wurde das Spektrum der unter der Rufnummer 116 117 angebotenen Leistungen erweitert: Seit Jahresbeginn 2020 ist die Nummer rund um die Uhr (24/7) erreichbar, und Patienten können in Akutfällen auch während der Sprechstundenzeiten an Arztpraxen oder an Rettungsstellen/Krankenhäuser vermittelt werden. Darüber hinaus ist seitdem auch der Terminservice der KV über die 116 117 erreichbar. Diese sowohl zeitlichen als auch inhaltlichen Erweiterungen dürften tendenziell auch dazu beitragen, eine Überinanspruchnahme des Rettungsdienstes (112) oder von Rettungsstellen an Krankenhäusern zu vermeiden. Kritisch zu prüfen ist hierbei aber, ob unter der Rufnummer 116 117 bzw. in den Koordinierungsstellen ausreichend Annahmekapazitäten für eine stärkere Inanspruchnahme verfügbar sind, damit die anzustrebende intensivisierte Patientensteuerung zu den ÄBP erreicht werden kann. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Integration der Terminservicestellen-Funktionen (Termin- und Arztsuche): Sie ist mit dem Risiko einer Aufgabenüberfrachtung verbunden, so dass die Kernfunktion der Steuerung von Akutfällen beeinträchtigt werden könnte.

Empfohlen wird vor diesem Hintergrund, das bisherige datenbasierte Monitoring der KV Brandenburg so auszubauen, dass sowohl die Verteilung von Warte- und Vermittlungszeiten als auch die Steuerungsergebnisse der Koordinierungsstellen für das gesamte Bundesland verfügbar sind. Diese Daten ermöglichen es, die Versorgungssituation im Hinblick auf das Ziel zu bewerten, die Steuerung von Akutfällen in die ÄBP zu optimieren – nicht zu maximieren. Das bedeutet, den Zugang zur ambulanten Notfall- und Akutversorgung in der stärker zentralisierten Versorgungsstruktur der ÄBP auch für immobile bzw. ältere Patienten sicherzustellen. Eine Auswertung von Daten der KV Brandenburg für das Jahr 2017 ergab ein deutliches Altersgefälle bei der Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen der ambulanten Notfall- und Akutversorgung: Während jüngere Erwachsene (bis 50 Jahre) überproportional häufig ambulante Akut- und Notfallversorgung am Krankenhaus oder in ÄBP nutzten, nahmen ältere Patienten (ab 71 Jahren) überproportional häufig Arztbesuche (außerhalb der Sprech-

²⁶ Die Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung des Jahres 2020 liegen nicht in regionaler Differenzierung vor. Bundesweit lag der Anteil der Versicherten, welche die Rufnummer des Bereitschaftsdienstes korrekt benennen konnte, bei 32 %. Damit ist der bundesweite Anteil gegenüber dem Vorjahr (19 %) deutlich gestiegen.

stundenzeiten und außerhalb des organisierten Notdienstes) oder den „klassischen“ ärztlichen Bereitschaftsdienst (außerhalb der ÄBP) in Anspruch (Anlage 1 Abbildung 14). Daher sollte insbesondere geprüft werden, ob bzw. in welchem Ausmaß eine Reduzierung der Hausbesuche durch Einsatzärzte im Zuge der Reform des Bereitschaftsdienstes diese Altersgruppen (ab 71 Jahren) betreffen.²⁷ Gegebenenfalls ist das verbleibende mögliche Kontingent an Hausbesuchen durch Einsatzärzte stärker auf ältere bzw. immobile Patienten zu konzentrieren.²⁸ Sollten hier Engpässe erkennbar werden, könnten folgende alternative bzw. ergänzende Angebote für diese Patientengruppen Abhilfe schaffen: Mobilitätsdienste, etwa o. g. durch Leitstellen disponierbare Krankentransporte, so dass ein unkomplizierter Zugang zu den ÄBP möglich wird, und telefonische Beratung, z. B. durch Backup-Ärzte in den Koordinierungsstellen, die im Fall einer starken Auslastung der Einsatzärzte hinzugezogen werden.

6.2.4.3 Stationäre Notfallversorgung

Im Bereich der stationären Notfallversorgung ergibt sich Handlungsbedarf aus den Hinweisen auf mögliche Qualitätsdefizite, die aus der Analyse zentraler Struktur- und Prozessindikatoren gewonnen wurden (s. o.). In einem ersten Schritt sollte das Land im Austausch mit den Krankenhausträgern bzw. der Landeskrankengesellschaft sowie den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden die festgestellten Abweichungen von den Normwerten der Qualitätsindikatoren prüfen und mögliche Gründe hierfür klären. Dies ist den genannten Beteiligten, wie gezeigt, für eine Vielzahl von Qualitätsindikatoren auf Basis verfügbarer Daten, d. h. ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand, möglich. Hierzu zählen sowohl Abweichungen von leistungs(bereichs)spezifische Vorgaben zur vorzuhaltenden Strukturqualität, wie sie in Abrechnungsvoraussetzungen, Richtlinien des G-BA oder Zertifizierungsvoraussetzungen enthalten sind, als auch Abweichungen von spezifischen Vorgaben für Behandlungsprozesse. Aus den Analyseergebnissen des Forschungsprojekts ergibt sich beispielsweise folgender konkreter Klärungsbedarf:

- Erklärt sich die fehlende Abrechnung intensivmedizinischer Leistungen an einigen Standorten mit mehr als 1.000 stationären Notfallbehandlungen damit, dass kein Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ 24/7 verfügbar war?
- Inwiefern erklärt eine fehlende 24/7-Verfügbarkeit von ärztlichem/nicht-ärztlichem Fachpersonal, dass zahlreiche Klinikstandorte, die akute Schlaganfallversorgung übernehmen, nicht als Stroke Unit zertifiziert sind bzw. keine Stroke Unit-Behandlungen durchführen?
- Inwieweit begründet eine Nutzung von Linksherzkatheter-Plätzen ausschließlich für elektive Behandlungen oder Diagnostik (und damit ohne 24/7-Verfügbarkeit), dass über die Hälfte der Klinikstandorte mit mehr als 100 Notfall-Herzinfarktpatienten keine systematischen Linksherzkatheterinterventionen durchführten bzw. Notfall-Herzinfarkt-Patienten verlegten?

Wenn Häufigkeit und Gründe für die Abweichungen von Normwerten bei wesentlichen Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität festgestellt sind, sollte das Land – in Abstimmung mit den Krankenhausträgern bzw. der Landeskrankengesellschaft sowie den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden – definieren, in welchem Ausmaß und unter welchen Voraussetzungen Abweichungen der festgestellten Art als akzeptabel gelten können. Hierbei sind ergänzend verfügbare Daten zu Ergebnisindikatoren der Versorgungsqualität im Bundesland heranzuziehen, etwa altersadjustierte Fallsterblichkeiten bei Myokardinfarkt und Schlaganfall im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Der Akzeptanzbereich sollte darüber hinaus aber auch im Hinblick auf das Ziel eines landesweit gleichwertigen Zugangs zur stationären Notfallversorgung bestimmt werden.

²⁷ Im Jahr 2017 entfiel ein Anteil von 11,6 % aller Fälle mit ambulanter Notfall- und Akutversorgung auf die Inanspruchnahme außerhalb von Krankenhäusern und ÄBP durch die Altersgruppe ab 71 Jahren.

²⁸ Die Anzahl der Hausbesuche durch Vertragsärzte außerhalb der KV-Bereitschaftsdienstes ist im Zeitraum 2010 bis 2018 um rd. 10 % gesunken, konnte jedoch zumindest in den Jahren 2015 bis 2017 im Rahmen der Leistungsdelegation an nicht-ärztliche Fachkräfte mehr als kompensiert werden (Anlage 1 Abbildung 15).

Für Überschreitungen eines akzeptablen Ausmaßes an Abweichungen sind in einem nächsten Schritt vom Land – in Abstimmung mit den Beteiligten – Kompensationsmöglichkeiten festzulegen. Mit Blick auf die Befunde im Rahmen des Forschungsprojekts könnten dies beispielsweise sein:

- Notfallbehandlungen von Patienten mit akutem Schlaganfall könnten auch außerhalb von Stroke Units als akzeptabel eingestuft werden, wenn eine zumindest durchschnittlich hohe Lyse-Rate erreicht wird und/oder telemedizinische Kooperationen mit größeren Stroke Unit-Einheiten an anderen Standorten bestehen, wie dies z. B. im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts ANNOTeM (Akut-Neurologische Versorgung in Nord-Ost-Deutschland mit TeleMedizinischer Unterstützung) in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern erprobt wird.
- In Regionen, in denen keine Kapazitäten gemäß den wesentlichen Vorgaben für die Struktur- und Prozessqualität der stationären Notfallversorgung vorgehalten werden (können), sollten Maßnahmen ergriffen werden, die Erreichbarkeit der nächstgelegenen Versorgungskapazitäten zu verbessern, welche diese Anforderungen erfüllen. Hierfür sind Optionen der Luftrettung oder einer intensivierten Notarztbetreuung bei längeren Transporten (ggf. auch mit Unterstützung durch Telenotarzt- oder mit Rendezvous-Systemen) oder auch die luftgestützte Zuführung von qualifiziertem Personal (wie derzeit im Projekt „FIT – Fliegende Interventionisten“ in Bayern erprobt) zu prüfen. Sämtliche Klinikstandorte, welche an der Notfallversorgung teilnehmen, aber Einschränkungen bei Struktur- und Prozessqualität aufweisen, müssen – soweit nicht bereits vorhanden – über ein systematisches Verlegungsmanagement verfügen.

Je nach gewählter Kompensation ergeben sich Konsequenzen für die Versorgungsstrukturen, die in die Krankenhausplanung und ggf. auch in die Investitionsförderung des Landes einzubeziehen sind.

Der dritte Teil der Maßnahmenempfehlung umfasst ein längerfristig ausgerichtetes Qualitätsmonitoring. In allen Fällen, in denen von etablierten Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität abgewichen wird, ist eine kontinuierliche Beobachtung der Versorgungsqualität zu empfehlen. In Verbindung hiermit sind die Akzeptanzbereiche und ergriffenen Kompensationsmaßnahmen regelmäßig zu prüfen und im Bedarfsfall anzupassen. Parallel hierzu sollten die Entscheidungsgrundlagen kontinuierlich verbessert werden. Längerfristiges Ziel sollte sein, das Qualitätsmonitoring an Indikatoren der Ergebnisqualität für zentrale Leistungsbereiche der stationären Notfallversorgung auszurichten. Als Grundlage für die hierfür erforderlichen Qualitätsmessungen sollten landesweite Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Register) für wesentliche akut- und notfallmedizinische Leistungsbereiche – darunter die Intensivmedizin und die Versorgung von Schlaganfall-, Herzinfarkt- und Traumapatienten – auf- bzw. ausgebaut werden.

6.3 Gestaltet sich die Notfall- und Akutversorgung in den Regionen Brandenburgs gleichwertig?

6.3.1 Fokus: qualitative Gleichwertigkeit des Zugangs zur Notfall- und Akutversorgung

Die Ergebnisse zur ersten Fragestellung – werden Akut- und Notfallpatienten in Brandenburg strukturell adäquat versorgt? – haben teilweise ausgeprägte regionale Unterschiede im Zugang zur Notfall- und Akutversorgung gezeigt:

- Rettungsdienst: Die Rettungsfristvorgabe des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetz (Erreichen des Einsatzortes in mind. 95 % der Einsätze innerhalb von 15 Minuten) wurde in den vergangenen Jahren lediglich in den kreisfreien Städten erfüllt, jedoch in keinem der Landkreise Brandenburgs. Betroffen waren hiervon waren unter den Landkreisen vor allem das Havelland, Ostprignitz-Ruppin und Oberspreewald-Lausitz sowie Regionen mit kleineren Rettungswachen. Gleichzeitig sind viele dieser kleineren Rettungswachen ländlichen Raum nur gering ausgelastet: Von 132 Wachen, für die entsprechende Daten für das Jahr 2018 vorliegen, hatten 28 Wachen im Mittel weniger als einen RTW-Einsatz pro Schicht, binden aber dauerhaft knappe Personalressourcen.

- Stationäre Notfallversorgung: Bezieht man alle Klinikstandorte ein, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, sind diese in max. 30 Minuten Pkw-Fahrzeit für nahezu die gesamte Bevölkerung Brandenburgs erreichbar. Betrachtet man lediglich den Zugang zu den Krankenhäusern, die bestimmte qualitätsbezogene Mindestanforderungen erfüllen, werden Einschränkungen der Erreichbarkeit in peripheren Regionen sichtbar. So gilt eine Erreichbarkeit in max. 30 Pkw-Minuten zu den 14 Standorten mit mehr als 185 Stroke-Unit-Behandlungen und einer Lyserate von mehr als 10 % nur für 74 % der Bevölkerung Brandenburgs. Und etwa 17 % der Bevölkerung benötigten mehr als 30 Pkw-Minuten, um einen der 20 Klinikstandorte mit mind. 100 Herzinfarkt-Notfallbehandlungen im Jahr zu erreichen. Dies betrifft periphere Regionen insbesondere in den Landkreisen Uckermark, Oberhavel, Märkisch-Oderland, Elbe-Elster und Potsdam-Mittelmark.
- Ambulante Notfallversorgung in Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP) an Klinikstandorten: Zu dem jeweils nächstgelegenen der ursprünglich geplanten 19 ÄBP-Standorte (oder alternativen in angrenzenden Bundesländern) benötigten knapp 15 % der Einwohner Brandenburgs mehr als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit. Betroffen sind hiervon periphere Regionen an der Bundeslandgrenze in den Landkreisen Uckermark, Märkisch-Oderland, Oder-Spree und Spree-Neiße, Potsdam-Mittelmark, Havelland, Ostprignitz-Ruppin und Prignitz. Dabei gilt die ermittelte Erreichbarkeit zusätzlich einschränkend nur für die bislang begrenzten Öffnungszeiten der ÄBP.²⁹

Die zentrale Herausforderung für die zukünftige Gestaltung der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg wird sein, landesweit einen gleichwertigen Zugang zu den Versorgungskapazitäten sicherzustellen. Diese Herausforderung wird dadurch größer, dass sich Gleichwertigkeit nicht nur im Hinblick auf die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten bezieht, sondern auch qualitative Unterschiede der verfügbaren Versorgungskapazitäten umfasst. Die Ergebnisse des Forschungsprojekts haben diese qualitativen Unterschiede bei Versorgungsstrukturen und -prozessen für zentrale Bereiche aufgezeigt. Für die Gesundheitspolitik des Landes, speziell die Krankenhausplanung und das Gemeinsame Landesgremium gemäß § 90a SGB V, ergibt sich hieraus die Fragestellung, welche flächenbezogene Verteilung bzw. Vorhaltung von Kapazitäten der Akut- und Notfallversorgung in Brandenburg realisierbar ist, wenn bestimmte Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität erfüllt sein sollen. Diese Fragestellung legt eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen einer stärkeren Konzentration sowohl der ambulanten als auch der stationären Notfall- und Akutversorgung auf Standorte nahe, welche diese qualitativen Anforderungen erfüllen können.

6.3.2 Regionale Konzentration von Versorgungskapazitäten als zukünftige Herausforderung

Die bereits seit mehreren Jahren geführte Diskussion über die Potenziale, durch stärkere Leistungskonzentration Versorgungsqualität zu steigern, umfasst neben elektiven Leistungen auch zentrale Bereiche der Notfallversorgung. So wurde aus Studien zum Zusammenhang zwischen der Krankenhausmortalität (insgesamt) für verschiedene Notfall-Indikationen und dem jährlichen Patientenaufkommen in den Notaufnahmen der Kliniken ein Referenzwert von 2,3 Patienten pro Stunde (20.000 Patienten jährlich) abgeleitet.³⁰ Unter der vereinfachenden Annahme, dass zu den in den Rettungsstellen ambulant versorgten Akutpatienten jeweils stationär aufgenommene Notfallpatienten in gleicher Größenordnung hinzukommen, errechnete das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) eine durchschnittliche Auslastung der Notaufnahmen in Deutschland³¹ von 1,7 Patienten pro Stunde und damit deutlich unterhalb des Referenzwertes. In Brandenburg lag der entspre-

²⁹ Gemäß dem aktuellen Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung ist eine Weiterentwicklung der ÄBP zu Integrierten Notfallzentren mit jederzeitiger Zugangsmöglichkeit (24/7) vorgesehen.

³⁰ In größeren Notaufnahmen, welche diesen Schwellenwert erreichen bzw. überschreiten, liegt demnach die relative Überlebenschancenwahrscheinlichkeit um 30 % bis 50 % höher als in kleinen Notaufnahmen (von Stillfried/Czihal/Erhart 2017).

³¹ Durchschnitt für das Gebiet von 13 KVen, 1. Halbjahr 2016.

chende Wert im Jahr 2017 bei knapp 1,5 Notfallpatienten pro Stunde; 40 der insgesamt 53 Klinikstandorte lagen unterhalb des Referenzwertes von 2,3. Allerdings liefert dieser Referenzwert zunächst nur eine grobe Orientierung, da die Durchschnittsbetrachtung eine zeitliche Gleichverteilung der Notfälle impliziert, während es in der Realität zu teilweise starken Schwankungen mit Belastungsspitzen kommen kann. Darüber hinaus wurden die Auslastungswerte für Deutschland und Brandenburg ausschließlich für Notfallpatienten ermittelt, deren Behandlung über die KVen abgerechnet wurden, sie sind damit tendenziell unterschätzt.³²

Unabhängig davon ist zu empfehlen, dass sich die zukünftige Landesplanung der Notfallstrukturen mit der (teilweise noch zu schaffenden) Evidenz zu Qualitätsunterschieden und ihrer Abhängigkeit von Leistungskonzentration konfrontiert und diese zu expliziten Planungsgrundlagen macht. Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass zukünftig der Einfluss bundesgesetzlicher Qualitätsvorgaben auf die Entwicklung der Krankenhausstrukturentwicklung im Land Brandenburg zunehmen wird. Solche Vorgaben, insbesondere zur Struktur- und Prozessqualität, begünstigen tendenziell eine stärkere Konzentration von Krankenhauskapazitäten und betreffen auch die stationäre Notfallversorgung.

Anhaltspunkte hierfür enthält der Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung: Demnach wären die ÄBP in Brandenburg in Integrierte Notfallzentren (INZ) zu überführen, die für Akut- und Notfallpatienten jederzeit (24/7) zugänglich sein müssten. Die Auswahl der INZ-Standorte läge zwar bei den erweiterten Landesausschüssen mit einem Mitberatungs- und Antragsrecht für das Bundesland, bei dem außerdem die Rechtsaufsicht läge. Allerdings wären bei der Auswahl Planungsvorgaben des G-BA zwingend zu beachten. Dazu würde u. a. zählen, dass INZ nur an Krankenhausstandorten betrieben werden sollen, welche die Anforderungen an das G-BA-Notfallstufenkonzept erfüllen.³³ Gemäß der Begründung im Gesetzentwurf können aber nicht alle Krankenhäuser, die am Notfallstufensystem für die stationäre Versorgung teilnehmen, ein INZ erhalten. Für Klinikstandorte ohne INZ oder ohne Kooperation mit dem ärztlichen Notdienst der KV ist ein Vergütungsabschlag in Höhe von 50 % auf ambulante Notfallbehandlungen vorgesehen.

Eine strikte Kopplung zukünftiger INZ-Standorte an die Erfüllung der im G-BA-Notfallstufenkonzept definierten Anforderungen würde voraussichtlich zu einer regionalen Ausdünnung des Angebots ambulanter Notfall- und Akutversorgung an Kliniken führen. Approximiert man die Qualitätsanforderungen über die im Rahmen des Forschungsprojekts verwendeten Indikatoren³⁴, so erfüllen lediglich sechs der 18 aktuell betriebenen ÄBP die Qualitätsvoraussetzungen vollständig. Umgekehrt erfüllen drei Klinikstandorte ohne ÄBP diese Qualitätsanforderungen vollständig. Gemäß Gesetzentwurf soll der vorgesehene Vergütungsabschlag in Höhe von 50 % verhindern, dass Patienten im Akutfall Kliniken ohne INZ in Anspruch nehmen. Zumindest für eine Übergangsphase sollen Kooperationen und organisatorische Verknüpfungen zwischen dem KV-Bereitschaftsdienst und den Krankenhäusern, wie sie die ÄBP darstellen, den INZ gleichgestellt und damit ausreichend sein, damit die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen nicht gekürzt wird. Längerfristig ist aber eine Überführung der bisherigen Kooperationsform der ÄBP in INZ vorgesehen.

Sollten in Brandenburg nicht sämtliche ÄBP in INZ überführt werden können, weil nicht alle Klinikstandorte die Anforderungen des G-BA-Notfallstufenkonzepts erfüllen, käme es gemäß Gesetzent-

³² Unberücksichtigt bleiben hierbei nicht gesetzlich versicherte Notfall- und Akutpatienten, Notfallbehandlungen, deren Kosten von der Gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden oder direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden (z. B. bei Hochschulambulanzen).

³³ Der G-BA soll gemäß dem Entwurf in einer Richtlinie weitere Vorgaben zur räumlichen, personellen und apparativen Ausstattung von INZ, zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung sowie zum Umfang der notdienstlichen Versorgung (hinsichtlich besonderer Versorgungsbedürfnisse wie pädiatrische oder psychiatrische Notfälle) festlegen.

³⁴ Intensivmedizinische Leistungskapazität (Abrechnung intensivmedizinischer Komplexpauschalen) sowie Erreichen bzw. Überschreiten von Mindestfallzahlen in zentralen Bereichen der stationären Notfallversorgung (mind. 1.000 Notfälle p. a. in Fachabteilungen Innere Medizin und/oder Chirurgie, mind. 300 Notfälle p. a. mit akutem Herzinfarkt und/oder relativ hohe LHK-Rate, mind. 200 Notfälle p. a. mit Stroke-Unit-Behandlungen).

wurf für einen Teil der Standorte zu hohen Vergütungsabschlägen. Damit wäre das Angebot ambulanter Notfall- und Akutversorgung an diesen Standorten voraussichtlich wirtschaftlich nicht mehr möglich. Ein solches Szenario würde den Zugang zur ambulanten Notfall- und Akutversorgung regional teilweise substantiell einschränken, zumal bereits nach dem gegenwärtigen Standortkonzept ca. 15 % der Bevölkerung mehr als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit benötigt, um den nächstgelegenen ÄBP-Standort zu erreichen.

6.3.3 Empfehlungen

Im Hinblick auf das geplante Bundesgesetz zur Reform der Notfallversorgung wird empfohlen, dass sich das Land – in Abstimmung mit den beteiligten Akteuren – für ein erweitertes Strukturmodell der ambulanten Notfall- und Akutversorgung an Klinikstandorten entscheidet. Hierfür bilden die folgenden vier möglichen Strukturmodelle eine Diskussionsgrundlage:

- „INZ-Konzentration“: Die ambulante und stationäre Notfall- und Akutversorgung findet zukünftig überwiegend an Klinikstandorten statt, welche die Anforderungen des G-BA-Notfallstufenkonzept erfüllen und über ein INZ verfügen. Ausgangspunkt dieses Strukturmodells wären die ursprünglich vorgesehenen 19 ÄBP-Standorte mit dem Ziel, diese längerfristig in INZ zu überführen. Ein kritischer Aspekt dieses Ansatzes ist die relativ eingeschränkte Erreichbarkeit für ca. 15 % der Bevölkerung in peripheren Regionen Brandenburgs (s. o.). Mit Blick auf das Ziel eines landesweit gleichwertigen Zugangs wäre in diesem Strukturmodell der Ausbau der präklinischen Versorgung in den betroffenen Regionen von wesentlicher Bedeutung. Hierzu zählt zunächst eine Erhöhung des Wissens- und Aufklärungsstands der Bevölkerung, um diese in die Lage zu versetzen, Notfälle zu erkennen und rechtzeitig zu alarmieren, und zur Förderung der Erste-Hilfe- bzw. Laienkompetenz zur Erstversorgung. Darüber hinaus sind Rettungsdienstkapazitäten soweit auszubauen (ggf. auch Luftrettung), dass die landesgesetzlichen Hilfsfristvorgaben eingehalten werden können.
- „INZ-Konzentration ergänzt um Portalpraxen“: Um Einschränkungen der Erreichbarkeit als Folge einer Konzentration der Notfall- und Akutversorgung auf ÄBP- bzw. INZ-Standorte zu kompensieren, werden in peripheren Regionen ergänzend Zusatzangebote für ambulante und leichte (teil-)stationäre Notfälle in Portalpraxen geschaffen. Der Versorgungsschwerpunkt dieser Portalpraxen wären Akutanlässe, deren Behandlung zwar zeitkritisch ist, aber keine Vorhaltung spezifischer Versorgungsstrukturen erfordert. Die Portalpraxen wären durch die Option systematischer Telekonsile und Verlegungen organisatorisch an ein Klinikum der Notfallversorgung (mit INZ) angebunden. Kritische Aspekte dieses Strukturmodells ist die (quantitative) Relevanz und Ex ante-Identifizierbarkeit zeitkritischer Notfälle, die keiner vollstationären Struktur gemäß G-BA-Notfallstufenkonzept bedürfen. Beides wäre zu prüfen. Insoweit Verlegungen unvermeidbar sind, sind die Konsequenzen des zu erwartenden Zeitverlustes auf die Patientensicherheit zu bewerten. Schließlich wäre ebenfalls zu prüfen, ob die strukturellen Voraussetzungen für eine solche neue Angebotsform der Notfall- und Akutversorgung gegeben sind, d. h., ob sich ein solches Angebot auf Basis der verfügbaren vertragsärztlichen Praxiskapazitäten entwickeln lässt.
- „Erhöhung der Anzahl der INZ-Standorte“: In den peripheren Regionen, deren Bevölkerung gegenwärtig mehr als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit zur nächstgelegenen ÄBP benötigt, würden zusätzliche Klinikstandorte mit INZ geschaffen bzw. bereits existierende dazu befähigt, die Strukturanforderungen des G-BA-Notfallstufenkonzepts zu erfüllen. Kritischer Aspekt dieses Strukturmodells ist die begrenzte Personalverfügbarkeit, sowohl in fachlicher als auch in zeitlicher Hinsicht (24/7-Bereitschaft). Darüber hinaus erscheint es bei einer im Wesentlichen auf fallzahlabhängigen Leistungsvergütungen basierenden Refinanzierung unrealistisch, dass zusätzliche Standorte in den peripheren Regionen wirtschaftlich betrieben werden können.
- „Schließung regionaler Lücken durch Kliniken“: In peripheren Regionen mit relativ eingeschränkter Erreichbarkeit nächstgelegener ÄBP übernehmen Rettungsstellen von Kliniken

den ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der Praxisöffnungszeiten. Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine mögliche Kooperation zwischen KV-Bereitschaftsdienst und Krankenhäusern auch die „unmittelbare Einbindung von Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst“ (§ 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V). Für die o. g. peripheren Regionen – mit Ausnahme von Prignitz, dem Norden von Ostprignitz-Ruppin und dem Südosten von Spree-Neiße – kommen hierfür zehn Kliniken in Frage. Jede von ihnen behandelte mind. 1.000 stationäre Notfälle p. a. in Fachabteilungen für Innere Medizin und/oder Chirurgie. Allerdings verfügen nur zwei von ihnen über intensivmedizinische Leistungskapazitäten³⁵, und nur eine behandelte mind. 300 Notfälle mit akutem Herzinfarkt p. a. Kritischer Aspekt dieses Strukturmodells ist die Kompatibilität mit zukünftigen bundesgesetzlichen Strukturanforderungen im Hinblick auf das Ziel, ambulante und stationäre Notfallversorgung auf INZ-Standorte zu konzentrieren.

Es wird empfohlen, die Landeskrankenhausplanung um den Bereich der Notfallversorgung zu erweitern, indem die Entwicklung der Kapazitäten zur ambulanten Notfall- und Akutversorgung an Klinikstandorten durch ÄBP (ggf. perspektivisch durch INZ) einbezogen werden. Hierfür sollten die möglichen Strukturmodelle auf Basis der aufgeführten Kriterien systematisch und vergleichend bewertet werden mit dem Ziel, als geeignet befundene Ansätze auszuwählen. Voraussetzung für die Umsetzung dieser Ansätze ist eine strategische Ausrichtung der KHG-Investitionsförderung des Landes sowie die Nutzung weiterer Förderungsmöglichkeiten (vor allem Förderung von Notfallkapazitäten mit Mitteln des Krankenhauszukunfts fonds, darunter u. a. sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen). Die Auswirkungen einer Umsetzung von Elementen der Strukturmodelle sollten schließlich begleitend im Hinblick auf das Ziel einer landesweiten Qualitätssicherung evaluiert werden.

6.4 Wie gut funktioniert die sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungsanbieter in der Notfall- und Akutversorgung?

6.4.1 Klinikrettungsstellen und ärztlicher Bereitschaftsdienst

Bemühungen um eine Intensivierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit konzentrierten sich in Brandenburg in den letzten Jahren auf die Versorgung ambulanter Not- und Akutfälle und damit auf die Klinikrettungsstellen und den ärztlichen Bereitschaftsdienst als beteiligte Akteure.

Die Reorganisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch KV Brandenburg verfolgt das Ziel, die vertragsärztliche Versorgung von Akutpatienten landesweit und – angesichts eines erwarteten Fachkräftemangels – auch langfristig zu sichern. Das für die Reorganisation konstitutive Standortprinzip setzt eine höhere Mobilität der Patienten voraus. Gleichzeitig eröffnet die Konzentration der vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst-Kapazitäten an Klinikstandorten zusätzliche Potenziale, stationäre Einrichtungen bei der ambulanten Akutversorgung von Patienten zu entlasten. Damit kann ein Beitrag geleistet werden, die ressourcenintensiven stationären Versorgungskapazitäten auf diejenigen Patienten bzw. Versorgungsanlässe zu konzentrieren, für die es keine Versorgungsalternativen gibt, und den – derzeit überdurchschnittlich hohen – Anteil der Krankenhäuser an der Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg auf das notwendige Ausmaß zu beschränken.

Voraussetzung hierfür ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP) an den Klinikstandorten und den Rettungsstellen der Kliniken. Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden die bisherigen Erfahrungen auf Basis von Expertenbefragungen und Datenauswertungen diesbezüglich analysiert. Zum Abschluss des Forschungsprojekts gab es in Brandenburg insgesamt 17 ÄBP-Standorte. Die erste ÄBP (Potsdam) wurde bereits zu Jahresbeginn 2012 eröffnet, zehn der 17 Standorte gingen erst in jüngerer Zeit in Betrieb (zwischen Jahresmitte 2018 und 2020).

³⁵ Gemäß dem hier gewählten Kriterium (dokumentierte Abrechnung von intensivmedizinischen Komplexpauschalen).

Ein wesentliches Ergebnis der Expertenbefragung ist, dass sich die sektorenübergreifende Zusammenarbeit bislang heterogen gestaltet. So variieren nicht nur die baulichen Voraussetzungen (teilweise „Gemeinsamer Tresen“, teilweise getrennte Gebäude), sondern es existieren bisher auch noch keine spezifischen Standards der Zusammenarbeit. Zudem variieren die Erwartungen im Hinblick auf die verfügbaren ÄBP-Kapazitäten – sowohl zu den vertretenen Fachrichtungen bzw. Qualifikationen in der Notfallmedizin, als auch zur Kapazitätsentwicklung (kurzfristige Maximierung vs. schrittweise Veränderung) und den Besetzungszeiten. Letztere gleichen sich zwischen den Standorten zwar sukzessive an, Randzeiten werden aber bislang kaum übernommen, wobei hier eine fehlende Finanzierung von Vorhaltekosten als eine wesentliche Ursache angesehen wird.

Hinsichtlich einer gemeinsamen Steuerung der Akut- und Notfallpatienten zeichnet sich gemäß den Einschätzungen der Experten eine Tendenz ab, gemeinsame Tresen für den Patientenempfang einzurichten, sobald die baulichen Voraussetzungen dies erlauben. Mit welchem Personal ein gemeinsamer Empfang besetzt wird, variiert stark. Bei der Patientenklassifikation geht überwiegend die „Sektorenzuteilung“ (Krankenhaus vs. vertragsärztliche Versorgung) einer standardisierten Ersteinschätzung (z. B. gemäß dem Manchester-Triage-System) voraus. Es finden sich aber auch Befürworter einer umgekehrten Vorgehensweise. Die Zusammenarbeit wurde von den Experten als weitgehend konstruktiv eingeschätzt, über systematische bzw. formale Ansätze einer Qualitätssicherung wurde jedoch kaum berichtet. Eine Entlastung der Kliniken bei der ambulanten Akutversorgung von Patienten wurde wahrgenommen, sobald organisatorische Hürden überwunden waren.

Aus der Fallzahlentwicklung im Zeitraum 2013 bis 2019 ergeben sich weitere Hinweise auf Entlastungseffekte. So hat sich das Aufkommen ambulanter Akut- und Notfälle an den zwölf Standorten der Klinikrettungsstellen, an denen ÄBP in diesem Zeitraum bereits aktiv waren, in den Zeiten innerhalb und außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gegenläufig entwickelt. Während die Anzahl der ambulanten Akut- und Notfälle außerhalb der ärztlichen Bereitschaftsdienstzeiten durchschnittlich um 1,9 % p. a. zunahm, sank sie innerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (darunter auch die Öffnungszeiten der ÄBP) um 3,9 % p. a. Entsprechend sank der Anteil der ambulanten Akut- und Notfälle innerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten an diesen Standorten von insgesamt knapp drei Viertel (2013) auf ca. zwei Drittel (2019). In absoluten Zahlen entspricht der Rückgang dieses Anteilwertes rd. 8.900 Fällen im Jahr 2019.³⁶

Insgesamt zeigt sich somit, dass im Zuge der Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes die Vertragsärzte in Brandenburg zunehmende Anteile der Versorgung ambulanter Not- und Akutfälle an den Standorten der Klinikrettungsstellen übernehmen. Vor allem in jüngerer Zeit (ab dem Jahr 2019) hat diese Entwicklung an Dynamik gewonnen. Damit verbunden ist nicht nur eine merkliche Entlastung der bisherigen Formen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Fahrdienste bzw. Einsatzärzte), sondern zunehmend auch der Klinikrettungsstellen. Handlungsbedarf besteht mit Blick auf das Ziel landesweit gleichwertiger Zugangsbedingungen zur ambulanten Notfall- und Akutversorgung, weil sich die sektorenübergreifende Zusammenarbeit bislang noch heterogen gestaltet. Insbesondere fehlen derzeit noch Standards bezüglich der Patientensteuerung (Ersteinschätzung und sektorenbezogene Zuordnung)³⁷ sowie ein Konsens bezüglich der Anforderungen an ärztliche Qualifikationen bei der personellen Besetzung der ÄBP. Als Grundlage, um solche Standards zu entwickeln und festzulegen,

³⁶ Diese Umrechnung ist leicht überschätzt, weil rd. 4,6 % der ambulanten Akut- und Notfälle aufgrund der zeitlichen Ausdehnung ihrer Versorgung beiden Fallgruppen (innerhalb und außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten) zugeordnet werden bzw. Doppelzählungen darstellen.

³⁷ Gemäß dem im Juni 2021 verabschiedeten Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) innerhalb der sich anschließenden 12 Monate ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zur Beurteilung des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Behandlungsdringlichkeit bei Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, festzulegen (§ 120 SGB V, neuer Absatz 3b). Das Verfahren soll dazu dienen, die Hilfesuchenden der sachgerechten Versorgungsebene zuzuweisen.

wird empfohlen, einen standortübergreifenden „Best Practice“-Vergleich durchzuführen (z. B. unter Moderation des Gesundheitsministeriums).

So sinnvoll mit Blick auf die verfügbaren Gesamtressourcen eine Entlastung der Klinikrettungsstellen von ambulanten Akutfällen ist, die im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes versorgt werden können, – für zahlreiche Krankenhausstandorte in Brandenburg ist das Entlastungspotenzial zu gering, um die Einrichtung einer ÄBP am Standort zu begründen. Im Jahr 2017 lag die durchschnittliche Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen in den Krankenhäusern Brandenburgs bei 0,7 pro Stunde³⁸; 32 der 53 Klinikstandorte mit ambulanten Notfallbehandlungen lagen unterhalb dieses Durchschnittswertes. Besonders gering war die durchschnittliche Auslastung der Klinikrettungsstellen in den Landkreisen Potsdam-Mittelmark, Spree-Neiße und Prignitz. Die bisherigen ÄBP-Standorte wurden u. a. auch nach dem Kriterium des zu erwartenden Fallaufkommens ausgewählt. Für die zwölf bereits im Jahr 2019 betriebenen ÄBPs deuten die neuesten verfügbaren Daten (4. Quartal 2019) auf ein überdurchschnittliches Fallaufkommen hin, allerdings bezogen auf die jeweiligen Öffnungszeiten der ÄBP.³⁹ Zudem ist die Spannweite groß und reicht von durchschnittlich 0,8 Behandlungsfällen je Stunde in ländlicher Region bis zu 6,3 Behandlungsfällen je Stunde in kreisfreier Stadt. Die Hälfte der ÄBP-Standorte erreichte ein Fallaufkommen von durchschnittlich mehr als drei Behandlungsfällen pro Stunde.

6.4.2 Krankentransporte und ambulante Notfall- und Akutversorgung

Ein weiterer Bereich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ergibt sich aus der Empfehlung, durch die Schaffung alternativer Transportmöglichkeiten die Inanspruchnahme von Rettungsdienstkapazitäten zu entlasten (s. o.). Eine bereits im Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vorgesehene Vorrangstellung von Krankentransporten i. V. m. einer entsprechenden Disponierungsmöglichkeit der Leitstellen kann nur dann zielgerecht wirken, wenn ausreichend viele Anlaufpunkte ambulanter Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. Perspektivisch ist daher zu prüfen, ob die unter den geplanten veränderten Rahmenbedingungen mobilisierbaren KTW-Kapazitäten ausreichen, um eine akuten Behandlungsanlässen angemessene Erreichbarkeit der ÄBP-Standorte sicherzustellen. Sollten sich die durchschnittlichen Fahrzeiten als zu lang erweisen und/oder die ÄBP-Öffnungszeiten auf Randzeiten beschränkt bleiben, wäre ein System verbindlicher Anfahrtsmöglichkeiten unter den Vertragsarztpraxen eine empfehlenswerte Option.

6.4.3 Notfallprävention durch ärztliche Betreuung von Patienten in Pflegeheimen

Sektorenübergreifende Ansätze sind schließlich auch an der Schnittstelle zur Langzeitpflege erforderlich. Dies verdeutlicht der hohe Anteil von Pflegeheimbewohnern unter den Patienten mit mehrfachen, vor allem stationären Notfällen (s. o.). Hier besteht die Erwartung, dass durch eine intensivere vertragsärztliche – auch telemedizinisch unterstützte – Versorgung von Patienten in Pflegeheimen die Häufigkeit von Rettungsdiensteinsätzen und stationären Notfallaufnahmen von Pflegeheimbewohnern gesenkt werden kann. Grundlage hierfür bilden Kooperationsverträge zwischen vertragsärztlichen Leistungserbringern und stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V. In Brandenburg hat sich die Anzahl der ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen seit dem Jahr 2016 stark erhöht (Anlage 1 Abbildung 16). Zum aktuell verfügbaren Datenstand (4. Quartal 2019) wurden 11.790 Patienten in stationären Pflegeheimen in diesem Rahmen betreut (bei insgesamt 24.793 vollstationär betreuten Pflegebedürftigen zum Jahresende 2019). Daran waren insgesamt 261 Vertragsärzte, darunter 199 bzw. 12,2 % der Hausärzte, beteiligt. Der kontinuierliche Anstieg der Anzahl be-

³⁸ Das Zi ermittelte für das 1. Halbjahr 2016 eine durchschnittliche Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser in 13 KVen (ohne Bremen, Saarland, Thüringen und Westfalen-Lippe) von 0,84 pro Stunde.

³⁹ Die meisten ÄBP haben wochentags abends sowie zusätzlich an den Nachmittagen mittwochs und freitags sowie an den Wochenenden/Feiertagen tagsüber geöffnet. Der Stundenumfang unterscheidet sich jedoch teilweise, in zwei Fällen sind die ÄBPs montags, dienstags und donnerstags nicht geöffnet.

treuter Patienten der letzten Jahre sollte sich fortsetzen. Zu empfehlen ist eine eigenständige Untersuchung der Entwicklung der Rettungsdiensteinsätze bei und Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Betreuung.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Überführung der Ergebnisse in die Versorgung

Die Ergebnisse des Projekts zeigen, wie die Akut- und Notfallpatienten in Brandenburg versorgt werden und wie die Leistungsanbieter sektorenübergreifend zusammenarbeiten. Daraus wurden Empfehlungen abgeleitet, wie sowohl der Patientenversorgung als auch Zusammenarbeit der Leistungserbringer in der Akut- und Notfallversorgung verbessert werden können. Die Empfehlungen umfassen sowohl konzeptionelle Ansätze als auch konkrete Maßnahmen und richten sich an unterschiedliche Akteure in Brandenburg, aber auch an den Gesetzgeber auf Bundesebene. Die Ergebnisse dienen Ihnen als Grundlage, um konkrete Maßnahmen auszuwählen bzw. umzusetzen, mit denen die Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg organisatorisch und strukturell optimiert werden kann. Geeignete institutionelle Rahmen hierfür sind die Landeskrankenhausplanung – ggf. für den Bereich der Notfallversorgung in Abstimmung mit Berlin und den anderen angrenzenden Bundesländern – und das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V.

Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Populationen, Regionen, Indikationen und Versorgungsszenarien

Die Analysen wurden für das Land Brandenburg und seine Regionen (Kreise, kreisfreie Städte) durchgeführt. Die einheitlichen bundesrechtlichen Rahmenbedingungen, die strukturellen Ähnlichkeiten von Brandenburg insbesondere mit anderen (ost-)deutschen Flächenländern und die Literaturrecherchen legen jedoch nahe, dass die Befunde in diesen anderen Flächenländern in vielen Punkten ähnlich sein werden und die Umsetzung der Empfehlungen dort ebenfalls zu einer Verbesserung der Akut- und Notfallversorgung beitragen könnte.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Gemäß der zwischen den Projektpartnern geschlossenen Kooperationsvereinbarung vom 26.04.2017 sind Beschlüsse über die Veröffentlichung von Ergebnissen und Handlungsempfehlungen einvernehmlich zu treffen. Als Voraussetzung diesbezüglicher Beschlüsse wurde vereinbart, dass der Ergebnisbericht fertiggestellt wurde und den Projektpartnern vorliegt. Die CSG und das IGES Institut planen mehrere Publikationen zu (Teil-)Ergebnissen, sobald diese Voraussetzung erfüllt ist.

9. Anlagen

Anlage 1: Textergänzende graphische und tabellarische Darstellungen

Anlage 2: Ergänzende Informationen zu Kapitel 6.1

Anlage 3: Fragebogen Patientenbefragung

Anlage 4: Fragebogen Patientenbefragung Zusatzbefragung Wegstrecken

Anlage 5: Fragebogen Bevölkerungsbefragung

Anlage 6: Leitfaden Expertengespräche

Anlage 7: Fragebogen Zusatzbefragung Rettungsstellen

Anlage 8: Expertenliste Expertenworkshops

Literatur

Albrecht M, Zich K (2016): Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung, Projektphase II, Ergebnisbericht für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Referentenentwurf), Bearbeitungsstand: 08.01.2020.

CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (Abruf: 10.12.2020)

CDU, CSU und SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland, Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672_b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1 (Abruf: 10.12.2020)

Geissler A, Quentin W, Busse R (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland, in: Klauber J (Hg): Krankenhaus-Report 2017, Zukunft gestalten, Stuttgart, S. 41-59.

Haas C et al. (2015): Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse, Management Consult Kestermann GmbH (MCK) in Kooperation mit der Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Hamburg.

Möckel M et al. (2013): Chief complaints in medical emergencies: do they relate to underlying disease and outcome? The Charité Emergency Medicine Study (CHARITEM). European Journal of Emergency Medicine 2013 Apr;20(2):103-8. doi: 10.1097/MEJ.0b013e328351e609. PMID: 22387754.

Richter D, Eyding J, Weber R, Bartig D, Grau A, Hacke W, Krogias C (2021) Analysis of Nationwide Stroke Patient Care in Times of COVID-19 Pandemic in Germany. Stroke 52: 716–721.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2017): Pressemitteilung zum Werkstattgespräch 2017 „Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland“.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2018): Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bundestag Drucksache 19/3180.

Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I: Patienten in Notfallambulanzen, Querschnittstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufzusuchen. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 645–52. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0645

Slowik M et al. (2018): Sektorübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung, in: Klauber J et al. (Hg): Krankenhaus-Report 2018, Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Stuttgart, S. 233-255.

Statistisches Bundesamt (2020): Grunddaten der Krankenhäuser 2018, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

von Stillfried D, Czihal T, Erhart M (2017): Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf, Zi-Paper 11/2017, Berlin.

Anlage 1: Textergänzende graphische und tabellarische Darstellungen

Tabelle 1: Patientenströme (stationäre Notfälle) zwischen Brandenburg und angrenzenden Bundesländern, 2017

stationäre Notfälle*	Behandlungsort Brandenburg	Patientenwohrtort Brandenburg	Saldo
insgesamt	263.879	293.475	-29.596
	Patienten aus...	Behandlung in...	
anderen Bundesländern insgesamt, davon:	15.758 (6,0%)	47.027 (16,0%)	-31.269
- Berlin	7.052 (2,7%)	35.669 (12,2%)	-28.617
- Sachsen-Anhalt	2.798 (1,1%)	1.226 (0,4%)	1.572
- Sachsen	2.110 (0,8%)	3.821 (1,3%)	-1.711
- Mecklenburg-Vorpommern	1.282 (0,5%)	3.691 (1,3%)	-2.409

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2017, eigene Berechnungen

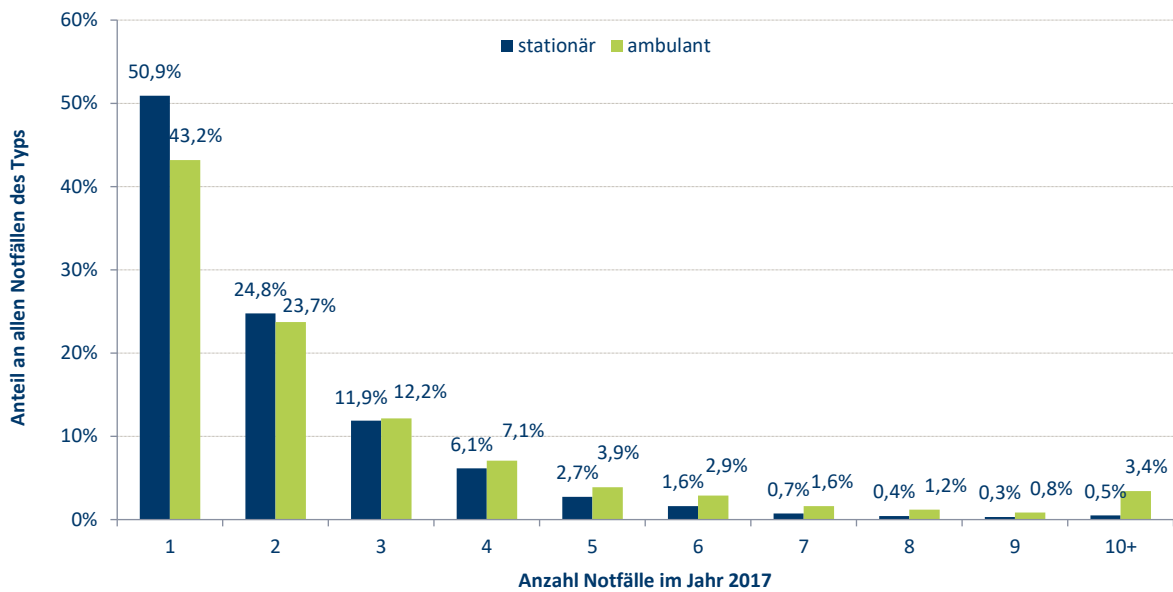
Anmerkung: * stationäre Behandlungsfälle mit Aufnahmeanlass Notfall

Tabelle 2: Patientenströme (stationäre Notfälle) zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs und angrenzenden Bundesländern, 2017

Wohnort der Patienten	Bundesland des Krankenhauses				insg.	in % aller Fälle
	Nieder-sachsen	Mecklen-burg-Vor-pommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt		
Prignitz	69	770	10	456	1.305	10,2%
Uckermark	25	1.545	19	12	1.601	9,0%
Elbe-Elster	5	22	1.286	49	1.362	8,8%
Oberspreewald-Lausitz	13	27	1.200	19	1.259	8,5%
Spree-Neiße	12	23	717	11	763	5,2%
Oberhavel	31	387	55	21	494	2,3%
Ostprignitz-Ruppin	20	173	24	31	248	2,1%
Potsdam-Mittelmark	31	63	45	273	412	2,0%
Cottbus	10	30	128	8	176	1,7%
Potsdam	61	84	37	44	226	1,4%
Brandenburg a.d.H.	13	31	18	30	92	1,3%
Teltow-Fläming	26	70	52	100	248	1,3%
Havelland	27	76	25	75	203	1,1%
Märkisch-Oderland	31	100	44	32	207	1,0%
Barnim	21	114	38	20	193	0,9%
Dahme-Spreewald	18	73	59	19	169	0,9%
Frankfurt (Oder)	5	24	17	2	48	0,7%
Oder-Spree	21	79	47	24	171	0,7%
Brandenburg	439	3.691	3.821	1.226	9.177	3,1%

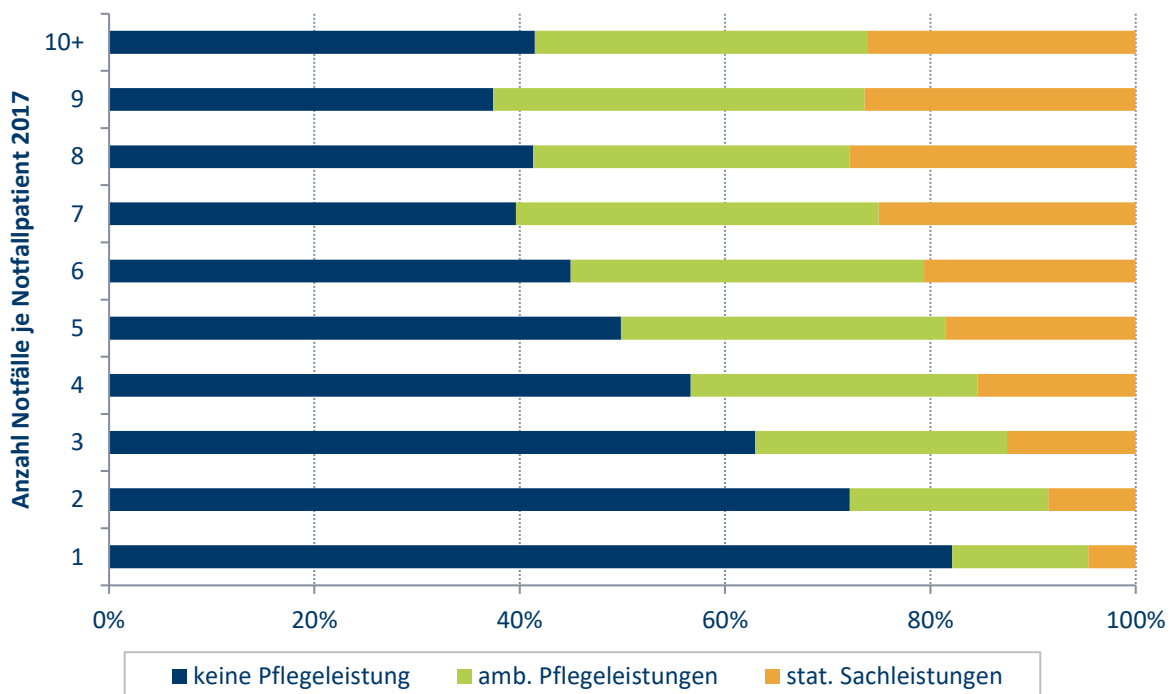
Quelle: IGES auf Basis Statistisches Bundesamt (Sonderauswertung) und Statistisches Landesamt Berlin Brandenburg, 2017

Abbildung 3: Verteilung der Akut- und Notfallpatienten nach Anzahl der Akut- und Notfälle im Jahr 2017



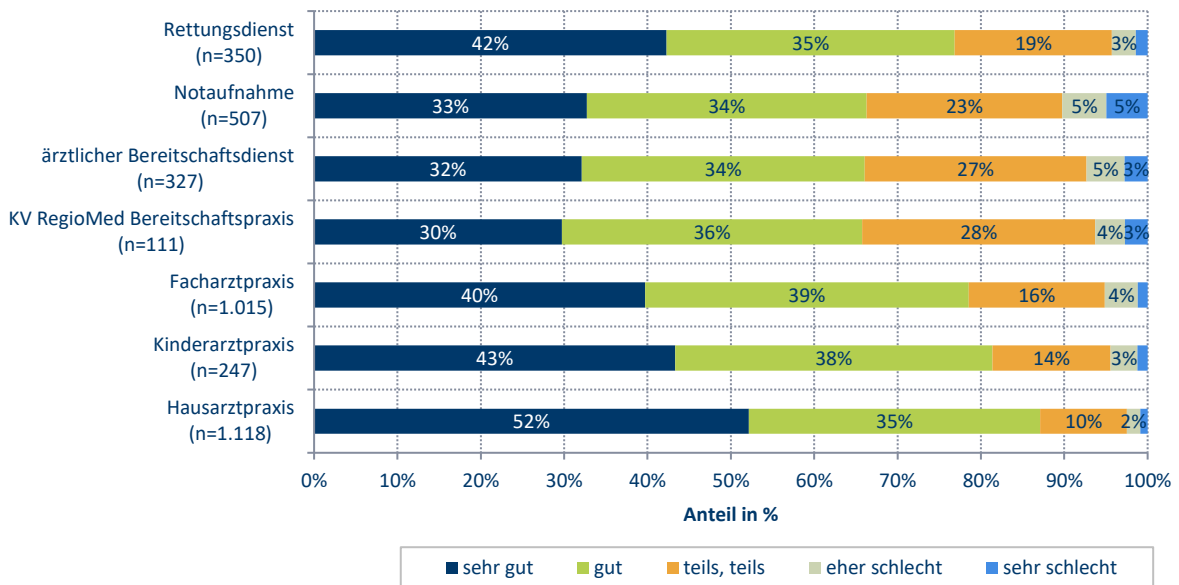
Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK Nordost und der Knappschaft

Abbildung 4: Anteil der Pflegeleistungsempfänger an Mehrfach-Notfallpatienten, 2017



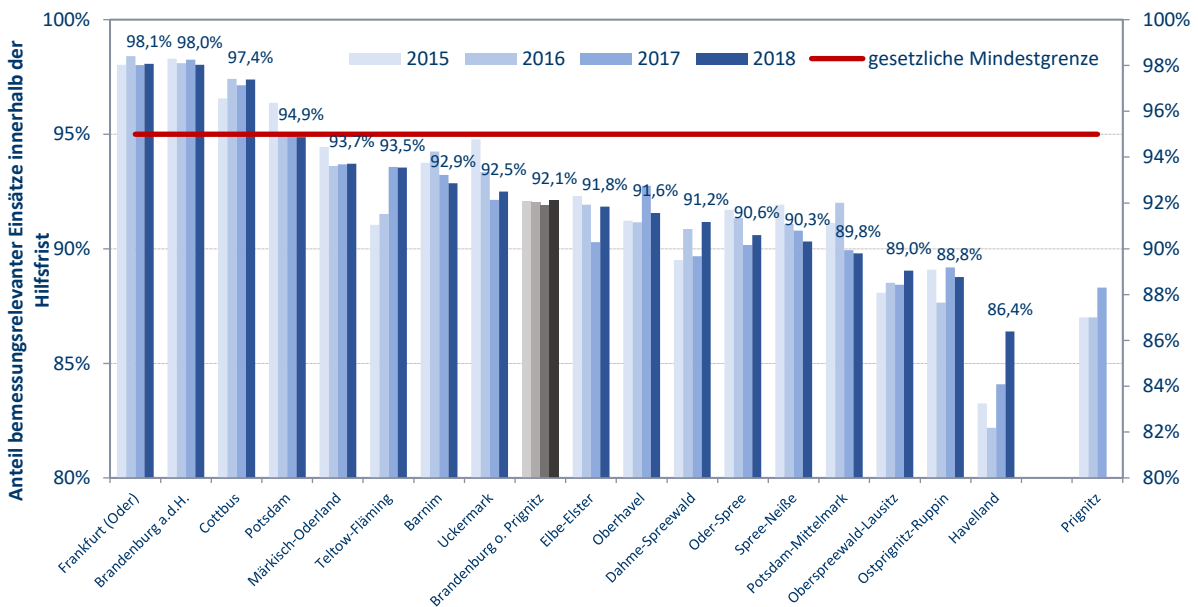
Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK Nordost und der Knappschaft

Abbildung 5: Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung: Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung in den letzten 12 Monaten nach Leistungserbringer, 2018



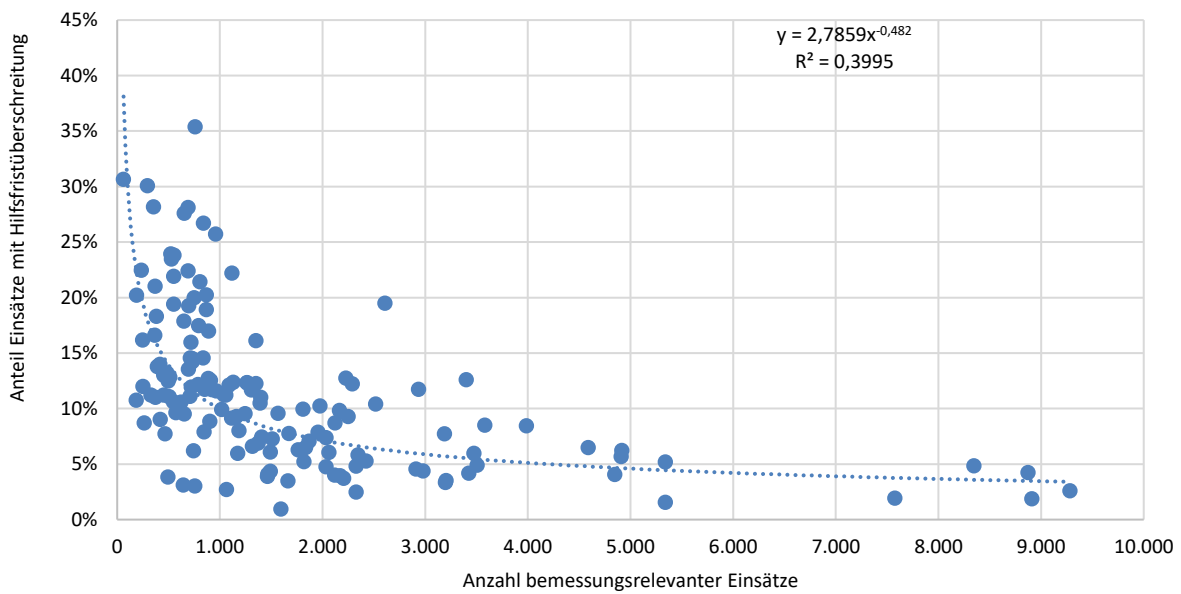
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung
 Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert.

Abbildung 6: Anteil der Rettungsdiensteinsätze innerhalb der Hilfsfrist nach kreisfreien Städten und Kreisen in Brandenburg, 2015-2018



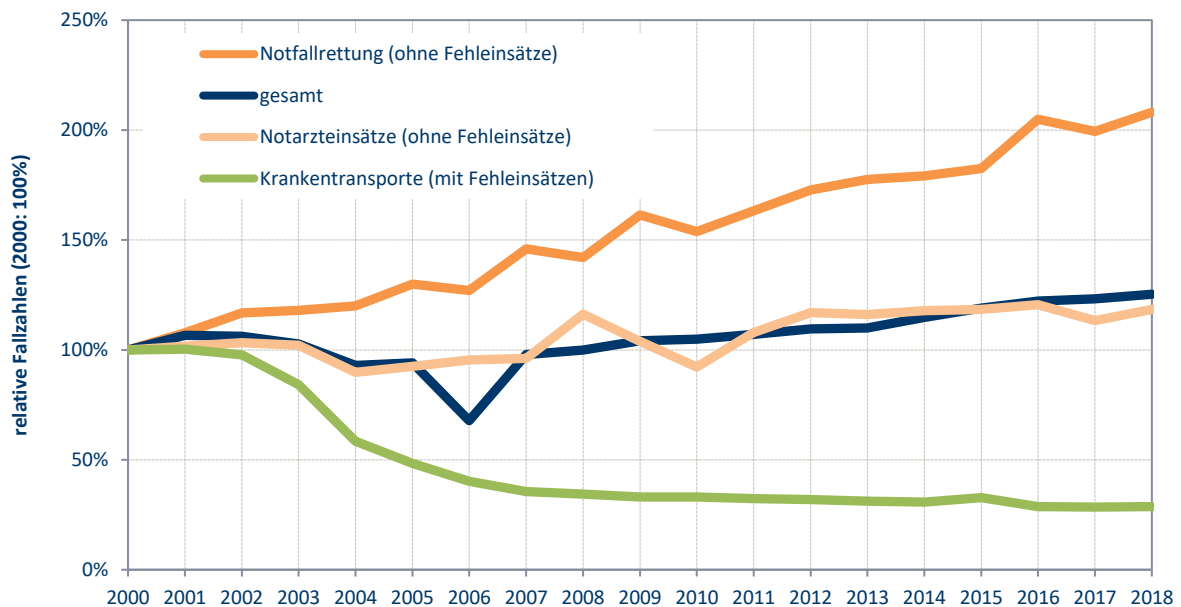
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (Ministerium des Innern und für Kommunales)

Abbildung 7: Verteilung der Rettungswachen in Brandenburg nach Einsatzzahl und Anteil der Einsätze mit Hilfsfristüberschreitung, 2018



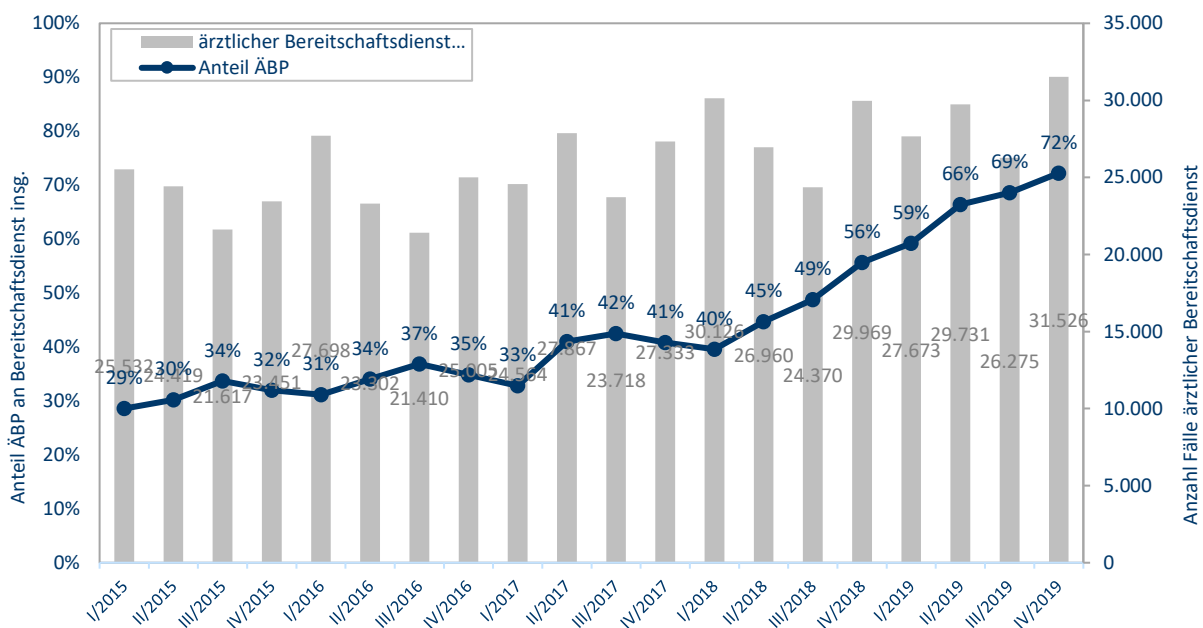
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (Ministerium des Innern und für Kommunales)

Abbildung 8: Inanspruchnahme von Notfallrettung, Notarzteinsätzen und Krankentransporten in Brandenburg, 2000-2018



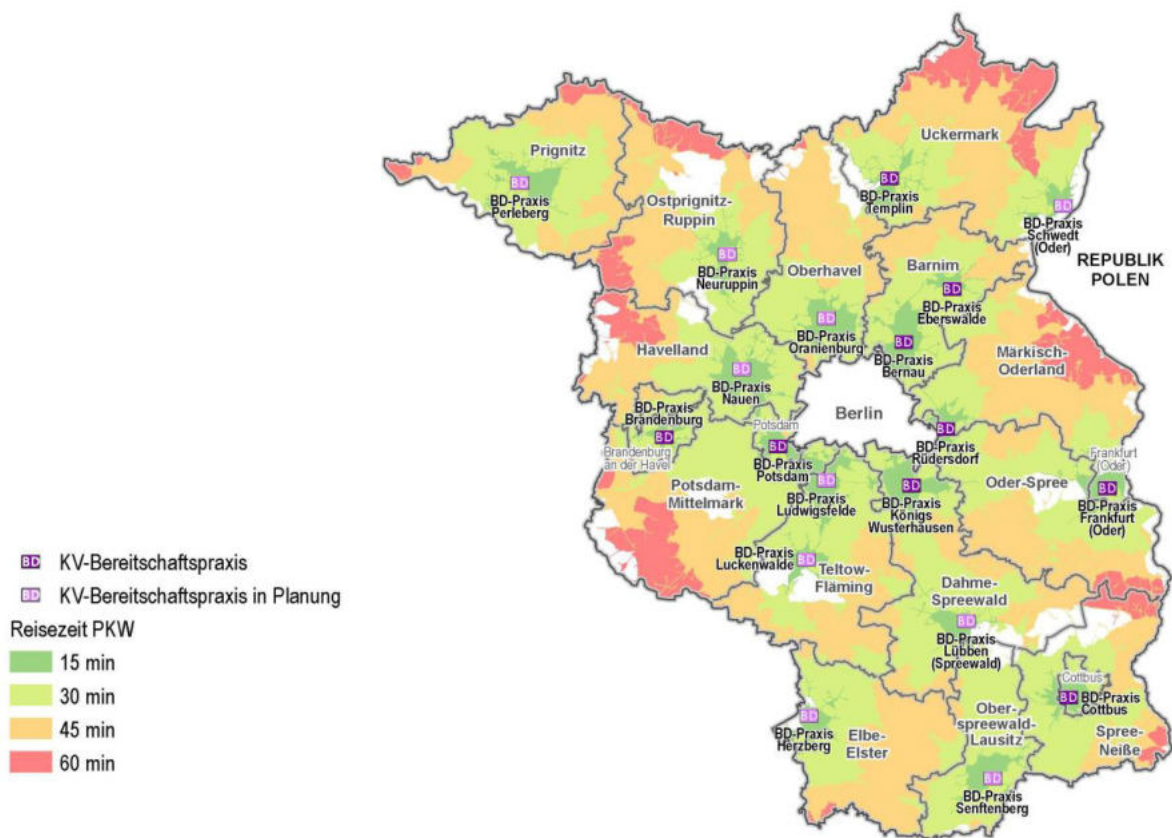
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (Ministerium des Innern und für Kommunales)

Abbildung 9: Anteil der Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP) an allen Behandlungsfällen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Brandenburg, 2015-2019



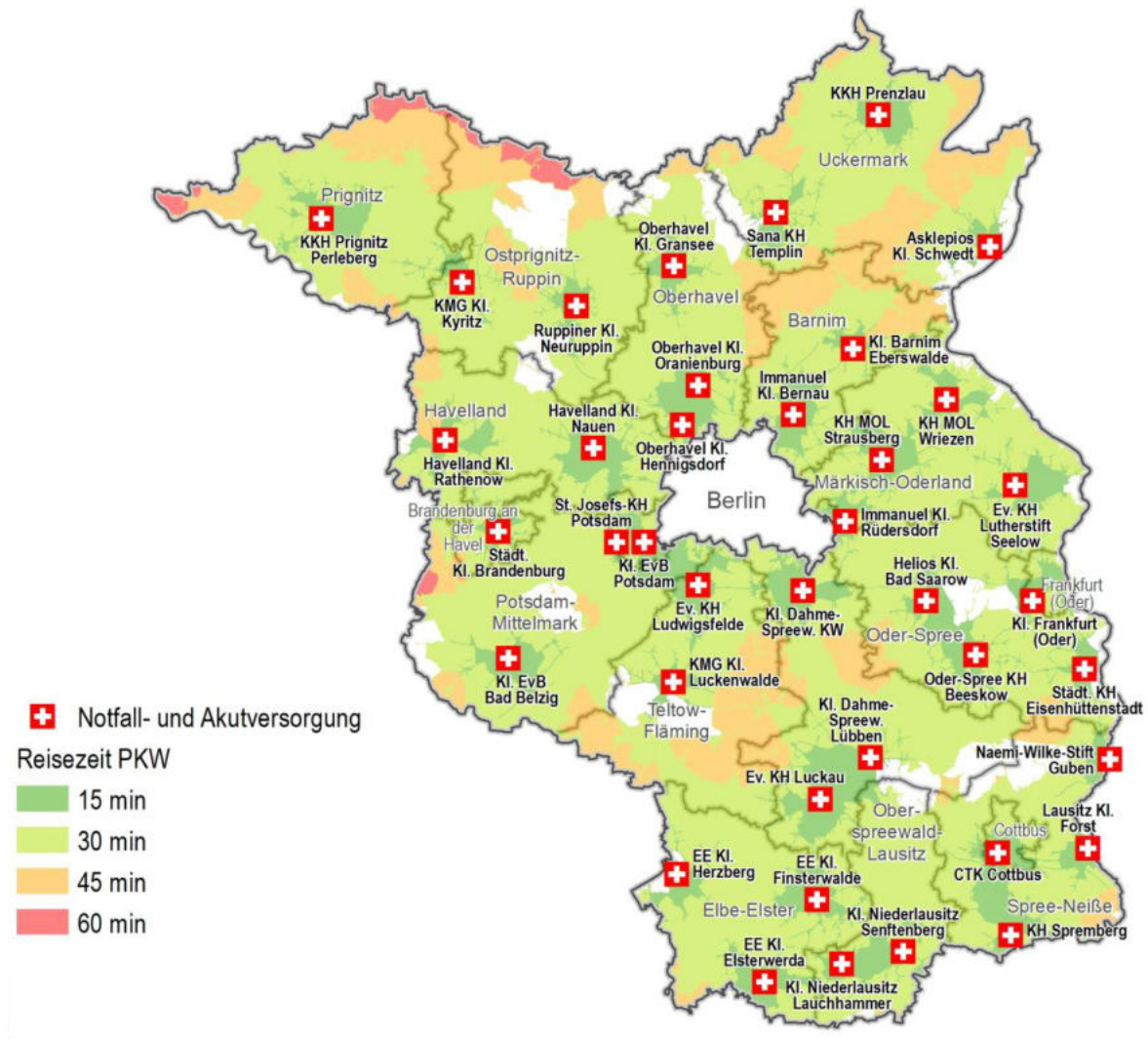
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Abbildung 10: Erreichbarkeit von Ärztlichen Bereitschaftspraxen am Krankenhaus (ÄBP) in ursprünglich geplanter Ausbaustufe mit 19 Standorten



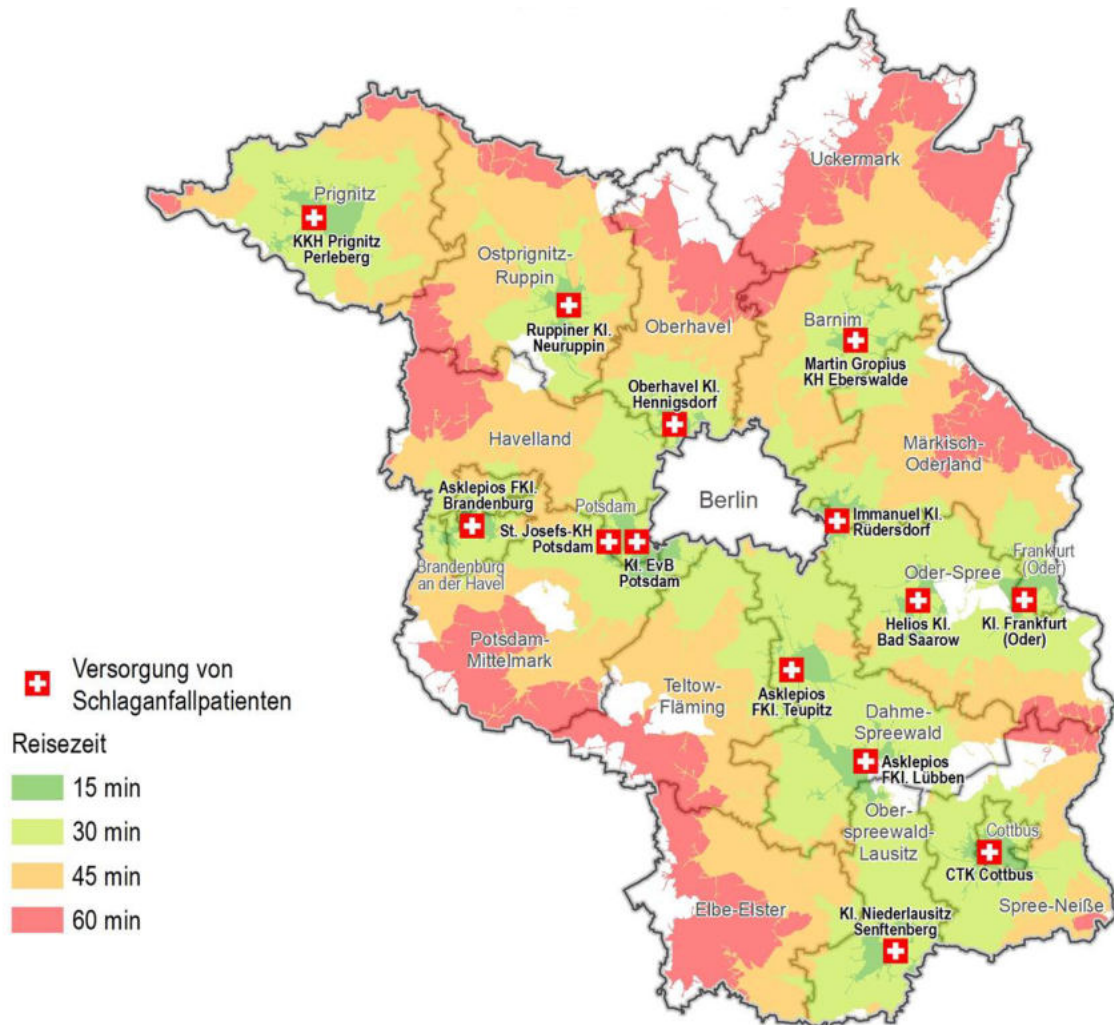
Quelle: IGES auf Basis von Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Kartendarstellung durch LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

Abbildung 11: Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte mit jeweils mind. 2.000 stationären Notfallbehandlungen, 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten gem. §21-Daten KHEntG des MSGIV, Kartendarstellung durch LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

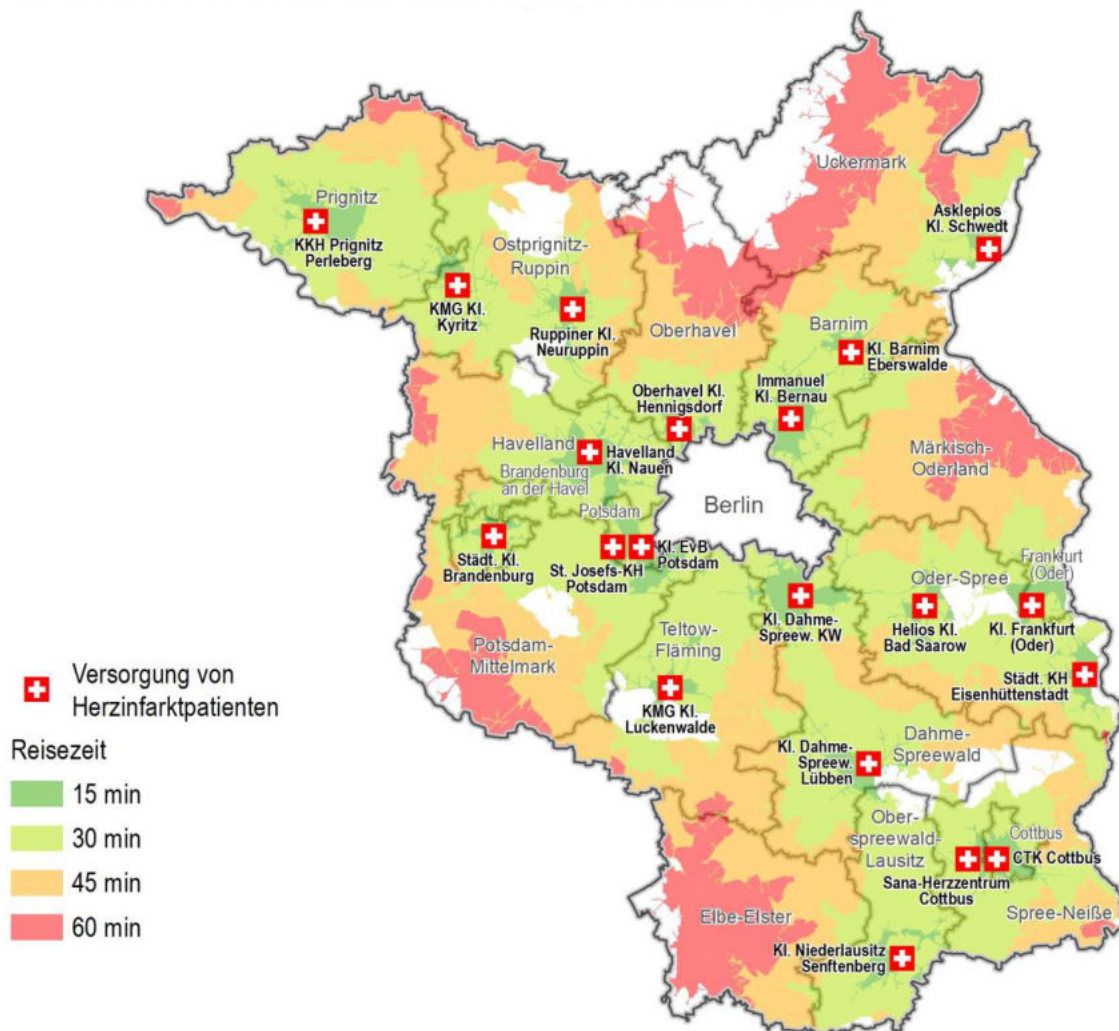
Abbildung 12: Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten zur Behandlung von Schlaganfall-Notfallpatienten unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien*, 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten gem. §21-Daten KHEntgG des MSGIV, Kartendarstellung durch LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

Anmerkung: * berücksichtigte Qualitätskriterien: Anzahl von Stroke-Unit-Behandlungen im Jahr 2018 oberhalb oder nur geringfügig unterhalb von 200, Lyserate > 10 %

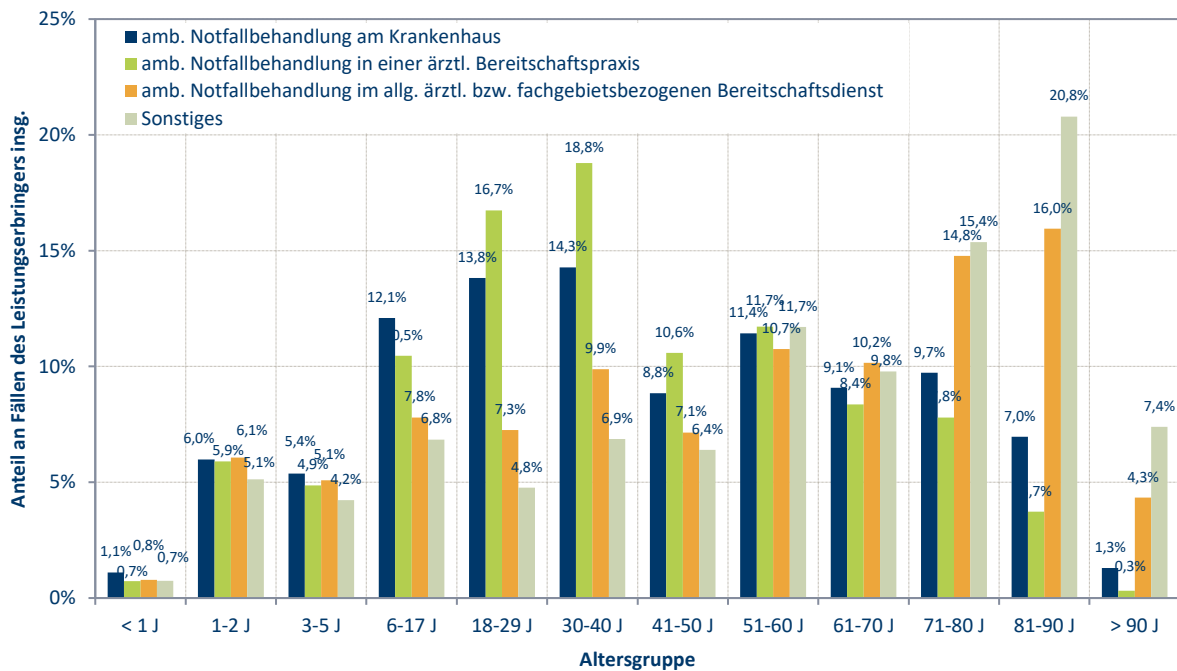
Abbildung 13: Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten zur Behandlung von Herzinfarkt-Notfallpatienten unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien*, 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten gem. §21-Daten KHEntgG des MSGIV, Kartendarstellung durch LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

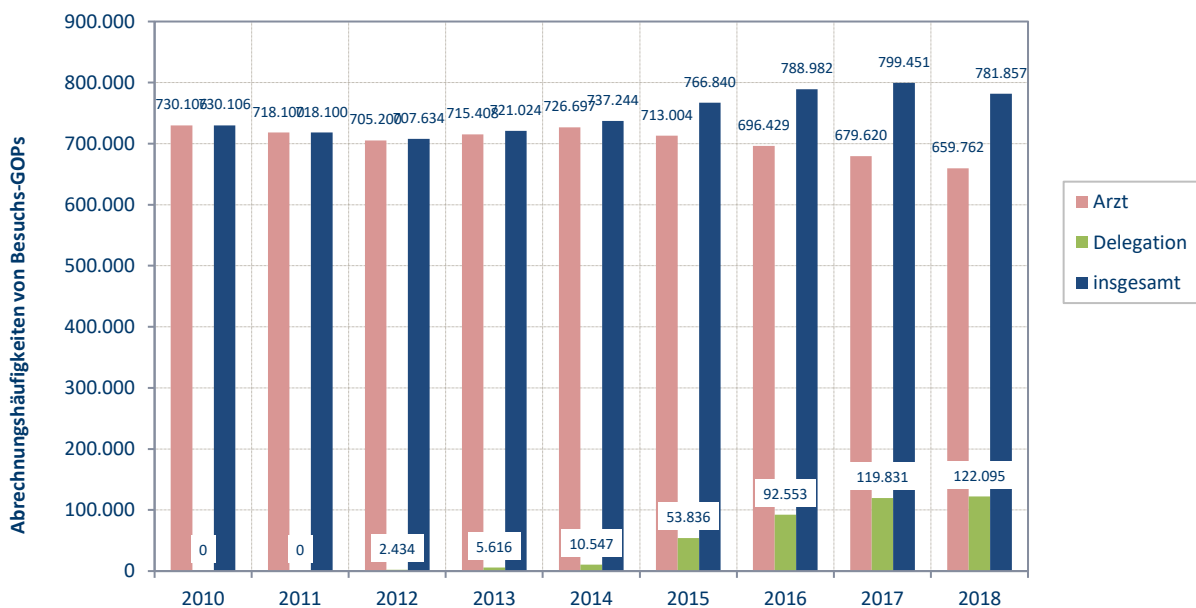
Anmerkung: * berücksichtigte Qualitätskriterien: Anzahl behandelter Herzinfarkt-Notfälle im Jahr 2018 mindestens 100

Abbildung 14: Verteilung der ambulanten Not- und Akutfälle nach Leistungserbringer, 2017



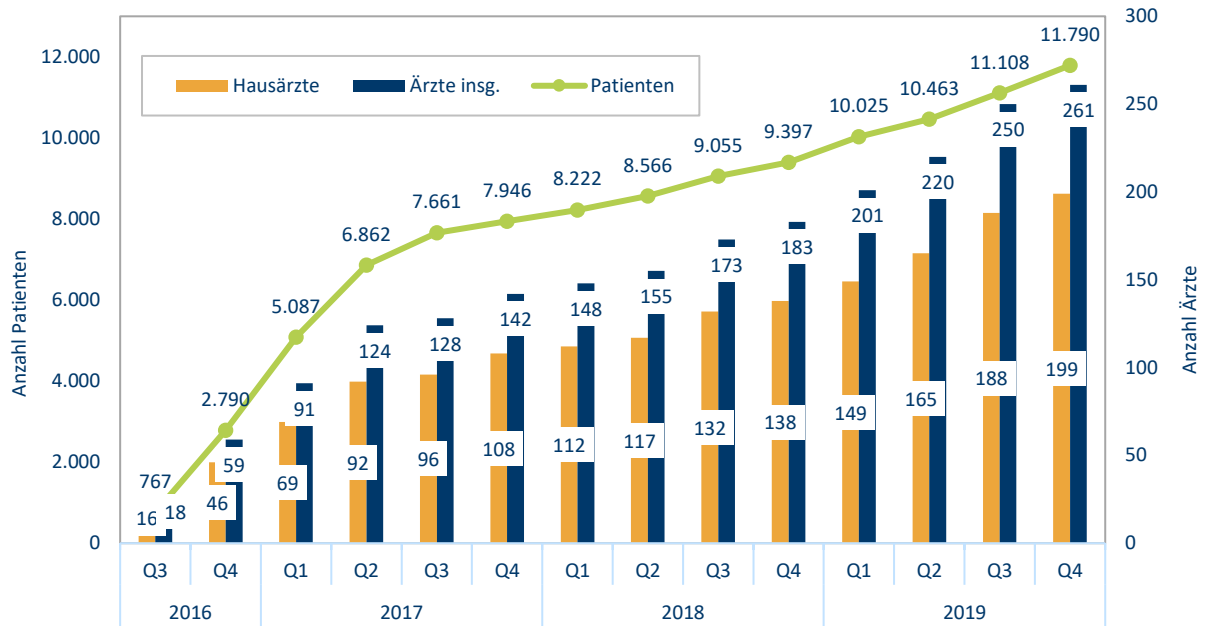
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
 Anmerkung: „Sonstiges“ bezeichnet ambulante Notfall- und Akutversorgung außerhalb von Krankenhäusern und außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes (u. a. unvorhergesehene Inanspruchnahme oder dringende Besuche von Vertragsärzten)

Abbildung 15: Anzahl der vertragsärztlichen Hausbesuche in Brandenburg, 2010-2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Abbildung 16: Anzahl der auf Basis vertragsärztlicher Kooperation betreuter Patienten in Pflegeheimen und der teilnehmenden Vertragsärzte, 2016-2019



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
 Anmerkung: Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Häufigkeiten (GKV) der GOP des Kapitels 37.2 EBM und Anzahl der aus dem Kapitel abrechnenden Ärzte

Anlage 1: Textergänzende graphische und tabellarische Darstellungen

Tabelle 1: Patientenströme (stationäre Notfälle) zwischen Brandenburg und angrenzenden Bundesländern, 2017

stationäre Notfälle*	Behandlungsort Brandenburg	Patientenwohrtort Brandenburg	Saldo
insgesamt	263.879	293.475	-29.596
	Patienten aus...	Behandlung in...	
anderen Bundesländern insgesamt, davon:	15.758 (6,0%)	47.027 (16,0%)	-31.269
- Berlin	7.052 (2,7%)	35.669 (12,2%)	-28.617
- Sachsen-Anhalt	2.798 (1,1%)	1.226 (0,4%)	1.572
- Sachsen	2.110 (0,8%)	3.821 (1,3%)	-1.711
- Mecklenburg-Vorpommern	1.282 (0,5%)	3.691 (1,3%)	-2.409

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2017, eigene Berechnungen

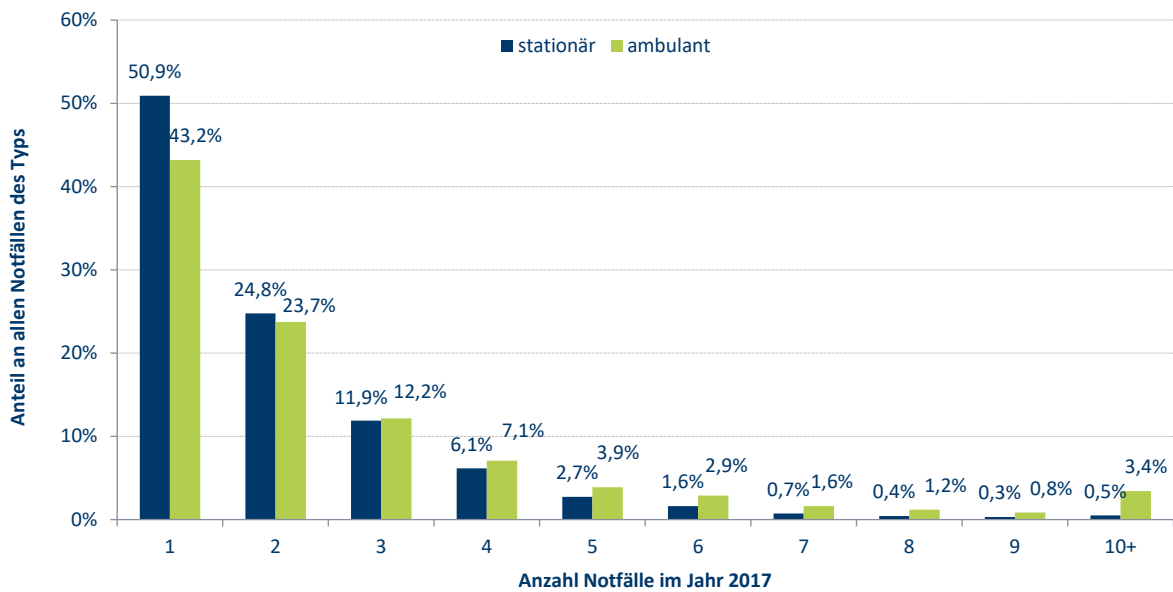
Anmerkung: * stationäre Behandlungsfälle mit Aufnahmearbeit Notfall

Tabelle 2: Patientenströme (stationäre Notfälle) zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs und angrenzenden Bundesländern, 2017

Wohnort der Patienten	Bundesland des Krankenhauses				insg.	in % aller Fälle
	Nieder-sachsen	Mecklen-burg-Vor-pommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt		
Prignitz	69	770	10	456	1.305	10,2%
Uckermark	25	1.545	19	12	1.601	9,0%
Elbe-Elster	5	22	1.286	49	1.362	8,8%
Oberspreewald-Lausitz	13	27	1.200	19	1.259	8,5%
Spree-Neiße	12	23	717	11	763	5,2%
Oberhavel	31	387	55	21	494	2,3%
Ostprignitz-Ruppin	20	173	24	31	248	2,1%
Potsdam-Mittelmark	31	63	45	273	412	2,0%
Cottbus	10	30	128	8	176	1,7%
Potsdam	61	84	37	44	226	1,4%
Brandenburg a.d.H.	13	31	18	30	92	1,3%
Teltow-Fläming	26	70	52	100	248	1,3%
Havelland	27	76	25	75	203	1,1%
Märkisch-Oderland	31	100	44	32	207	1,0%
Barnim	21	114	38	20	193	0,9%
Dahme-Spreewald	18	73	59	19	169	0,9%
Frankfurt (Oder)	5	24	17	2	48	0,7%
Oder-Spree	21	79	47	24	171	0,7%
Brandenburg	439	3.691	3.821	1.226	9.177	3,1%

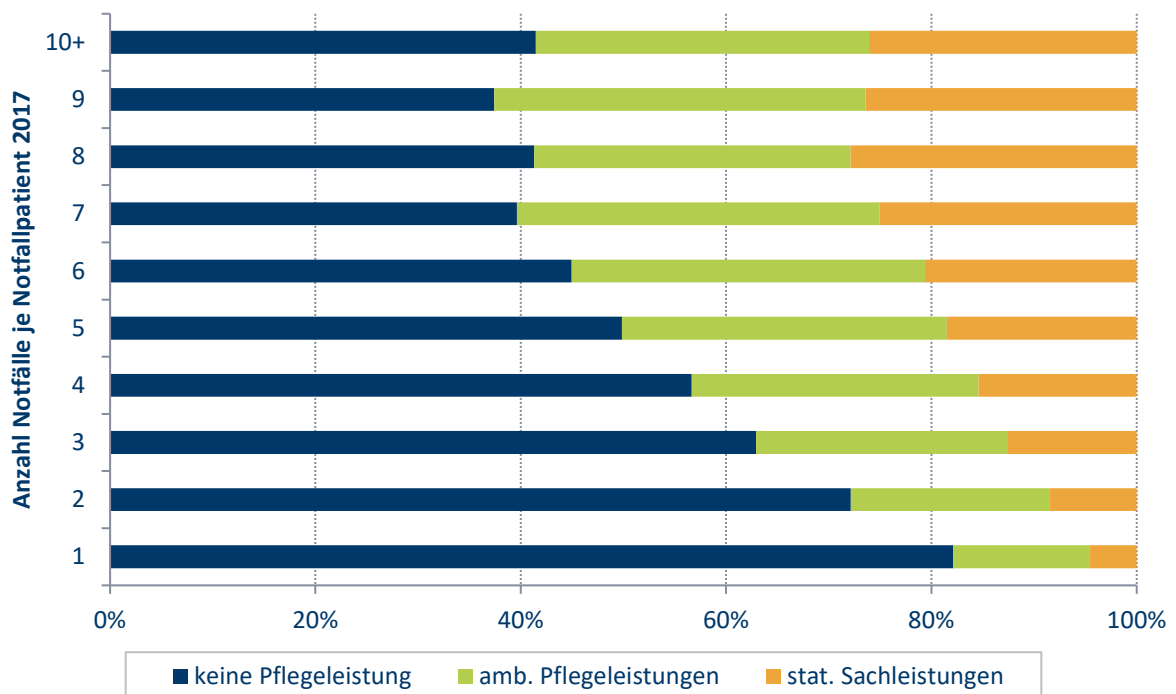
Quelle: IGES auf Basis Statistisches Bundesamt (Sonderauswertung) und Statistisches Landesamt Berlin Brandenburg, 2017

Abbildung 3: Verteilung der Akut- und Notfallpatienten nach Anzahl der Akut- und Notfälle im Jahr 2017



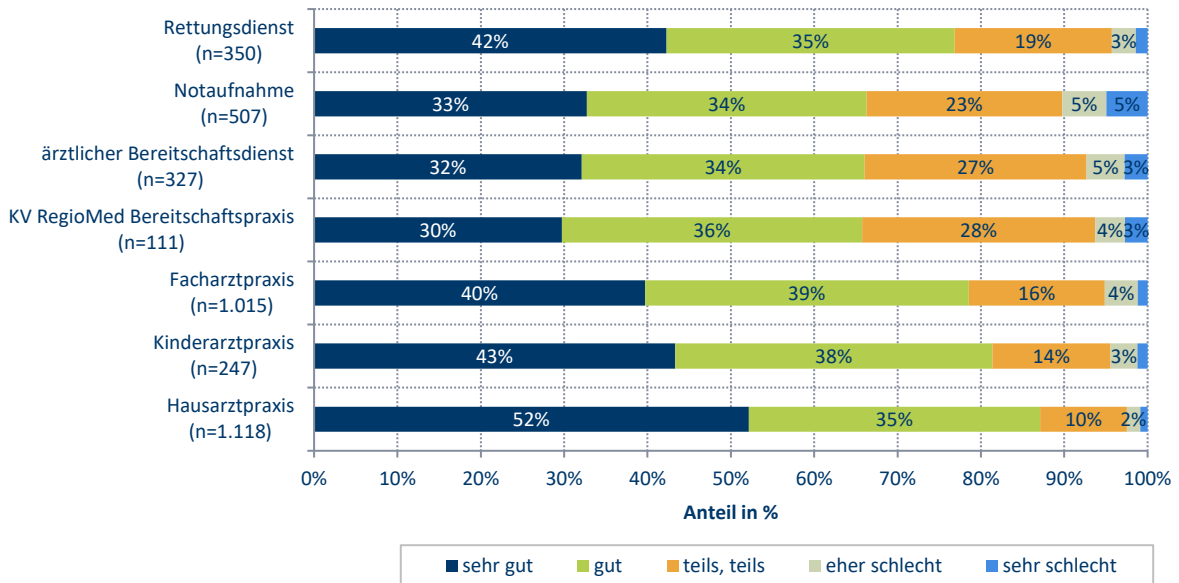
Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK Nordost und der Knappschaft

Abbildung 4: Anteil der Pflegeleistungsempfänger an Mehrfach-Notfallpatienten, 2017



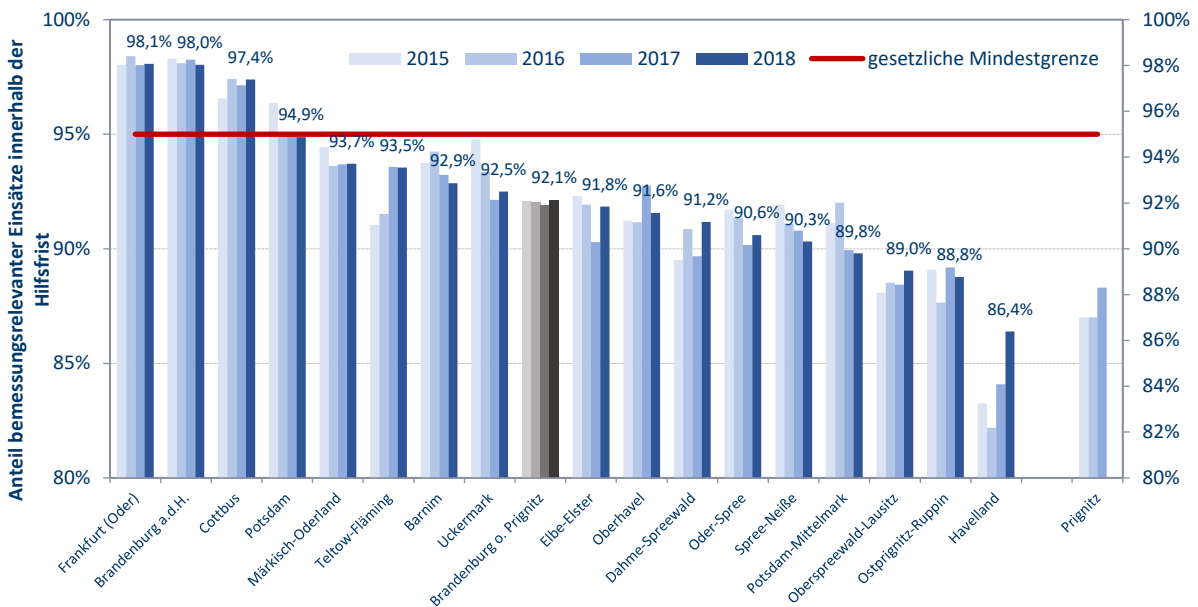
Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK Nordost und der Knappschaft

Abbildung 5: Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung: Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung in den letzten 12 Monaten nach Leistungserbringer, 2018



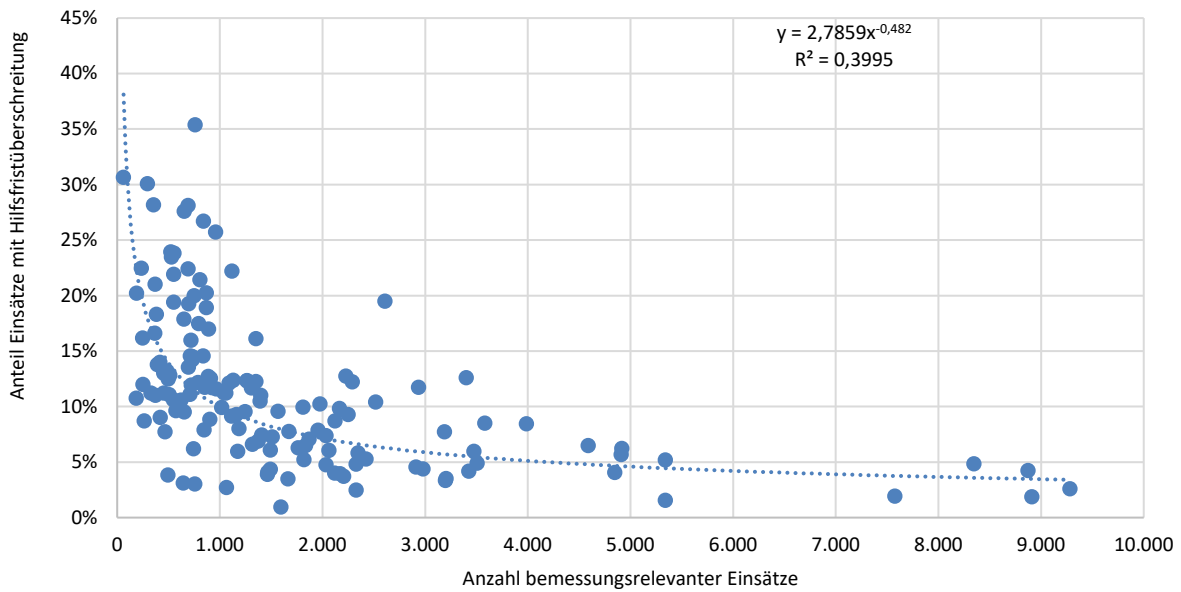
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung
 Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert.

Abbildung 6: Anteil der Rettungsdiensteinsätze innerhalb der Hilfsfrist nach kreisfreien Städten und Kreisen in Brandenburg, 2015-2018



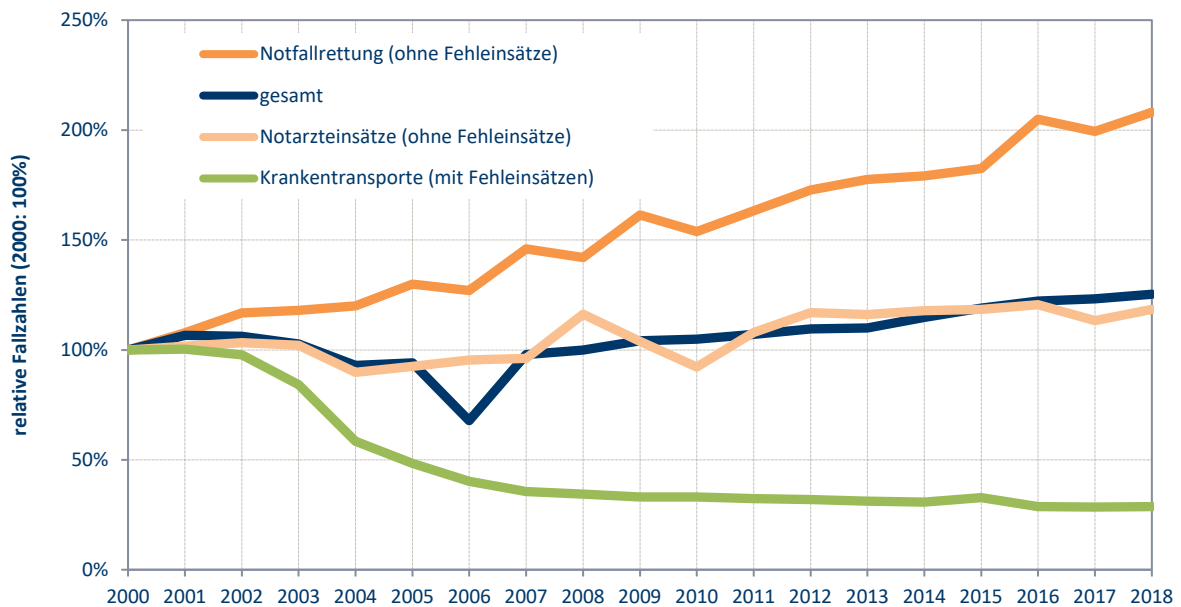
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (Ministerium des Innern und für Kommunales)

Abbildung 7: Verteilung der Rettungswachen in Brandenburg nach Einsatzzahl und Anteil der Einsätze mit Hilfsfristüberschreitung, 2018



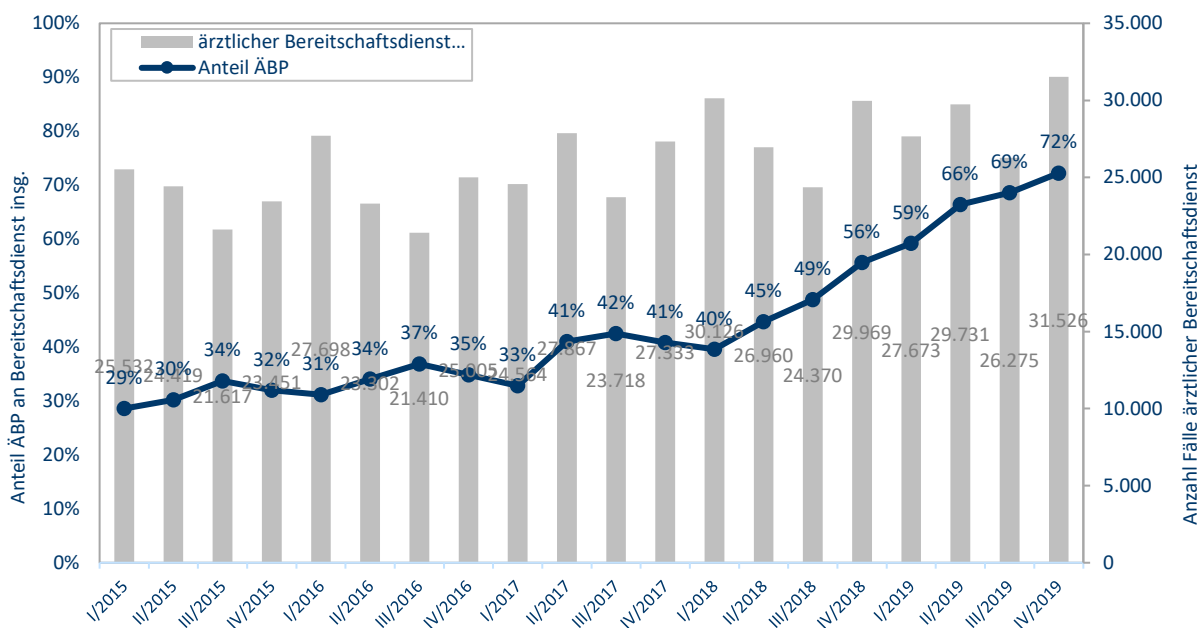
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (Ministerium des Innern und für Kommunales)

Abbildung 8: Inanspruchnahme von Notfallrettung, Notarzteinsätzen und Krankentransporten in Brandenburg, 2000-2018



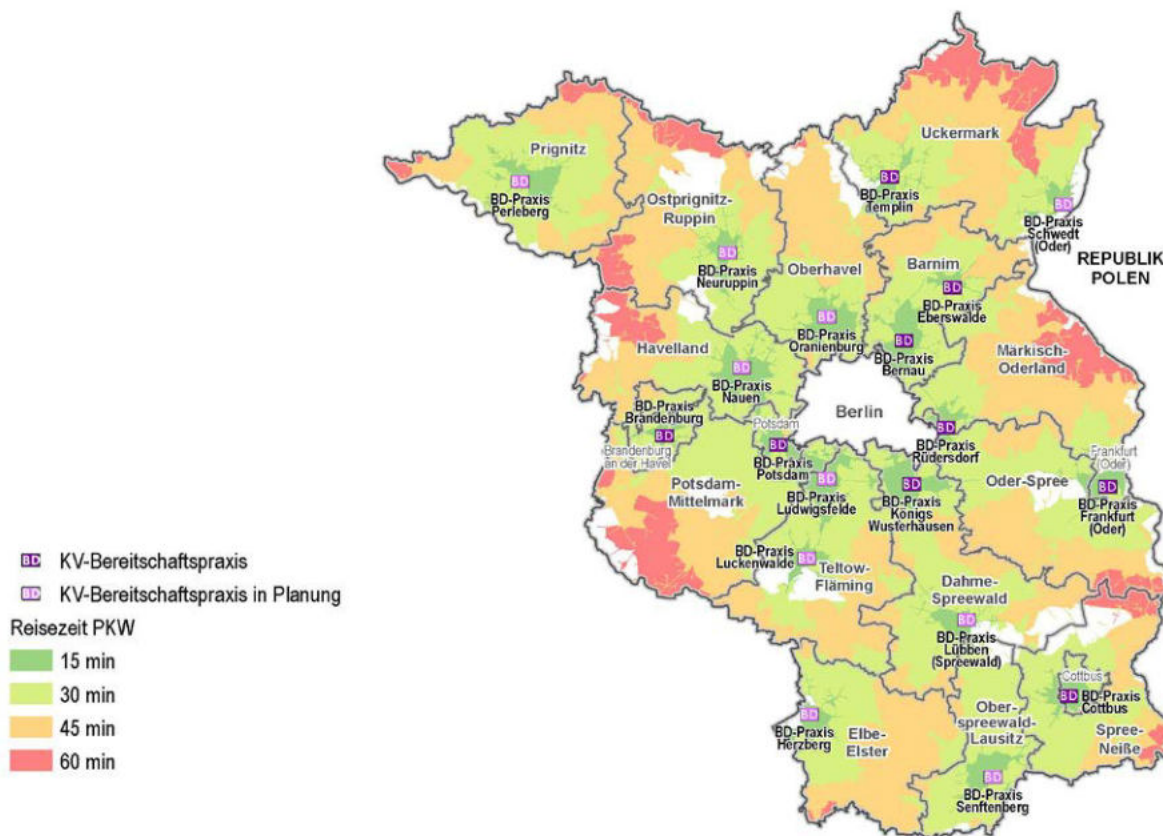
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (Ministerium des Innern und für Kommunales)

Abbildung 9: Anteil der Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP) an allen Behandlungsfällen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Brandenburg, 2015-2019



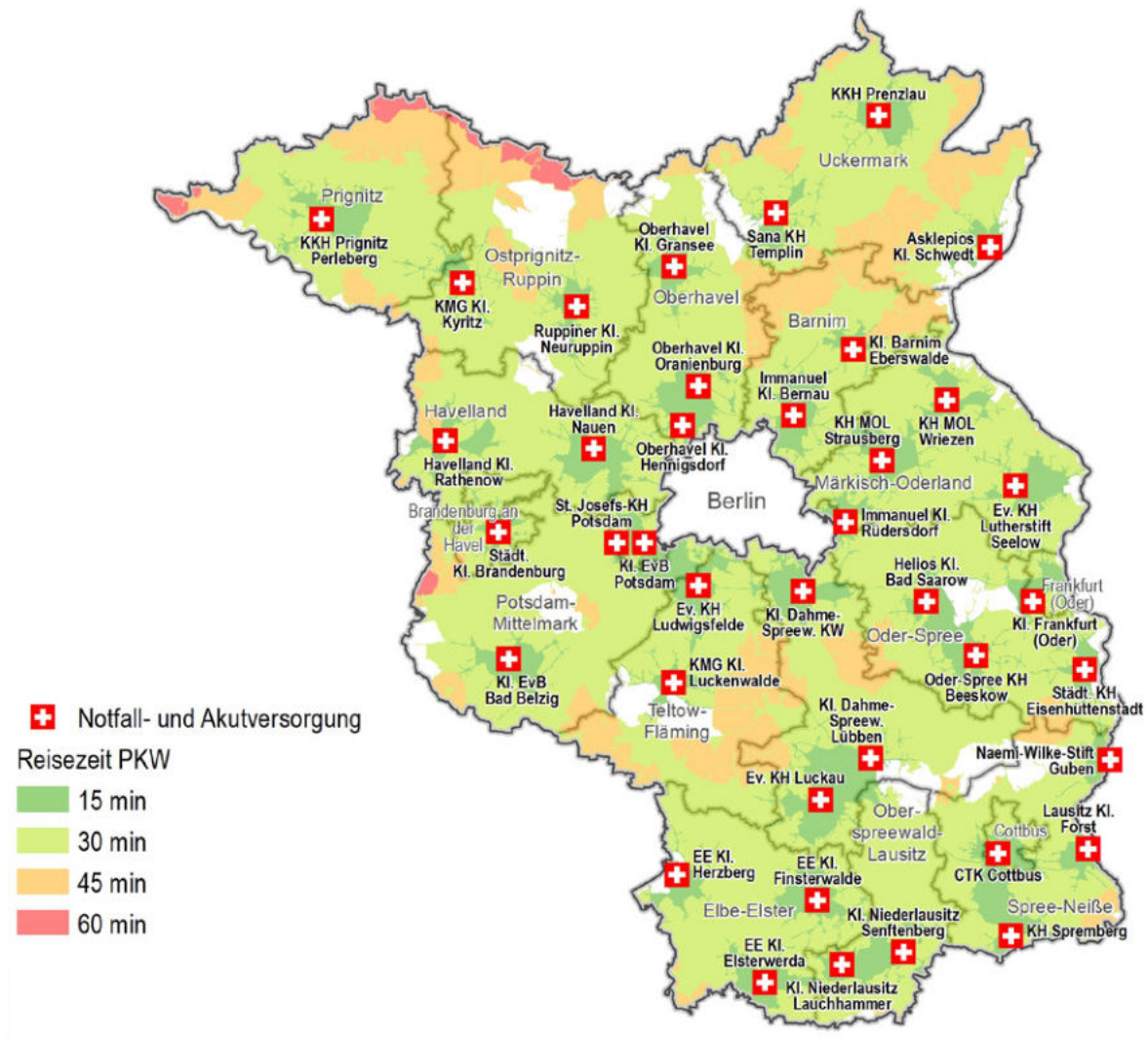
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Abbildung 10: Erreichbarkeit von Ärztlichen Bereitschaftspraxen am Krankenhaus (ÄBP) in ursprünglich geplanter Ausbaustufe mit 19 Standorten



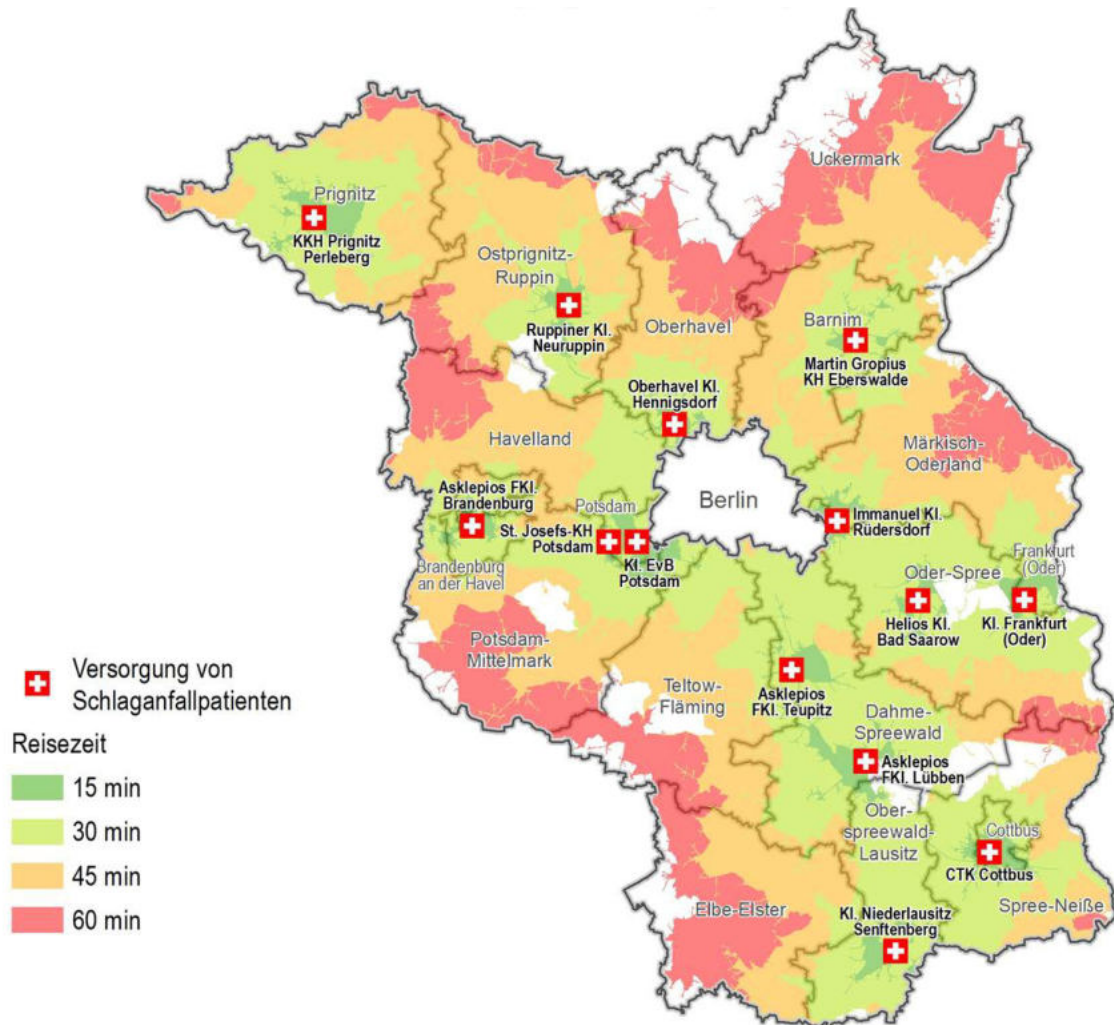
Quelle: IGES auf Basis von Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Kartendarstellung durch LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

Abbildung 11: Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte mit jeweils mind. 2.000 stationären Notfallbehandlungen, 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten gem. §21-Daten KHEntG des MSGIV, Kartendarstellung durch LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

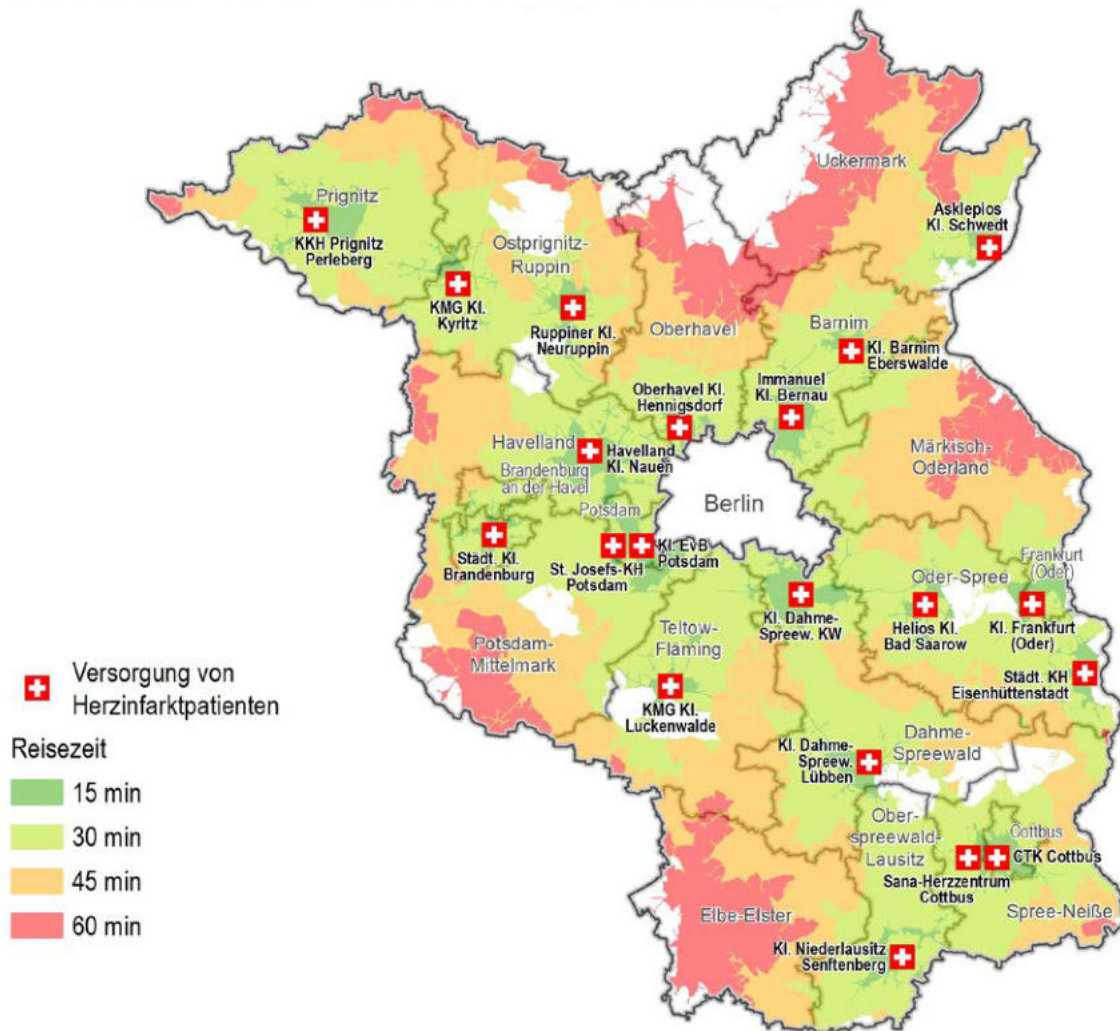
Abbildung 12: Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten zur Behandlung von Schlaganfall-Notfallpatienten unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien*, 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten gem. §21-Daten KHEntgG des MSGIV, Kartendarstellung durch LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

Anmerkung: * berücksichtigte Qualitätskriterien: Anzahl von Stroke-Unit-Behandlungen im Jahr 2018 oberhalb oder nur geringfügig unterhalb von 200, Lyserate > 10 %

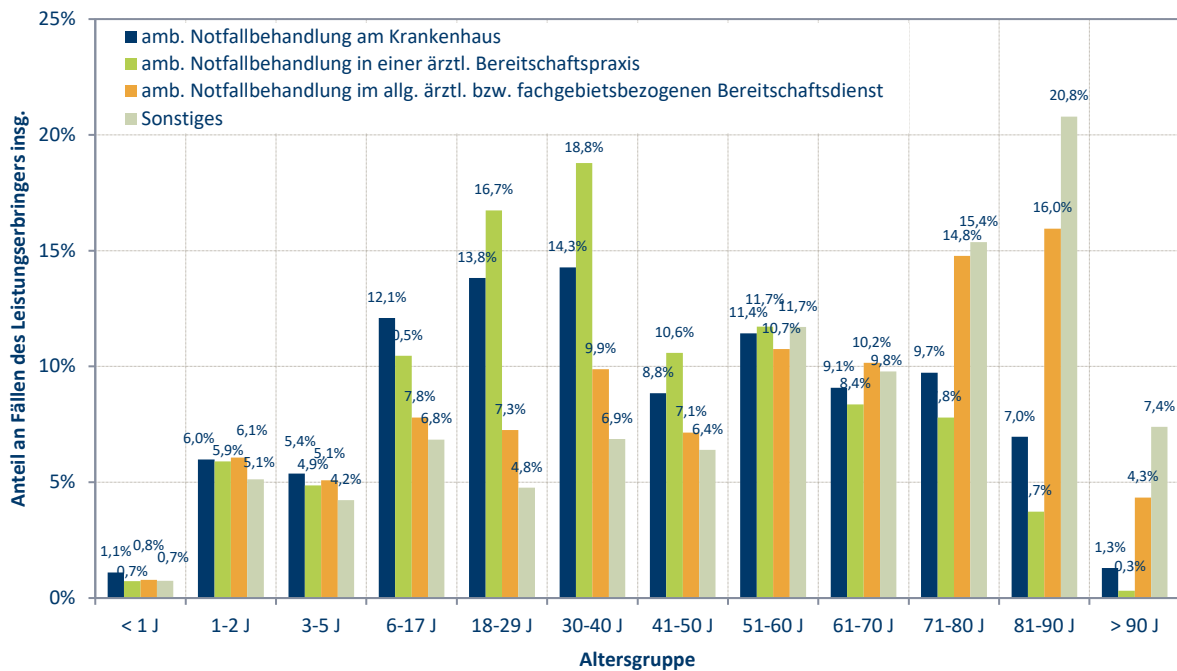
Abbildung 13: Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten zur Behandlung von Herzinfarkt-Notfallpatienten unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien*, 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten gem. §21-Daten KHEntgG des MSGIV, Kartendarstellung durch LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

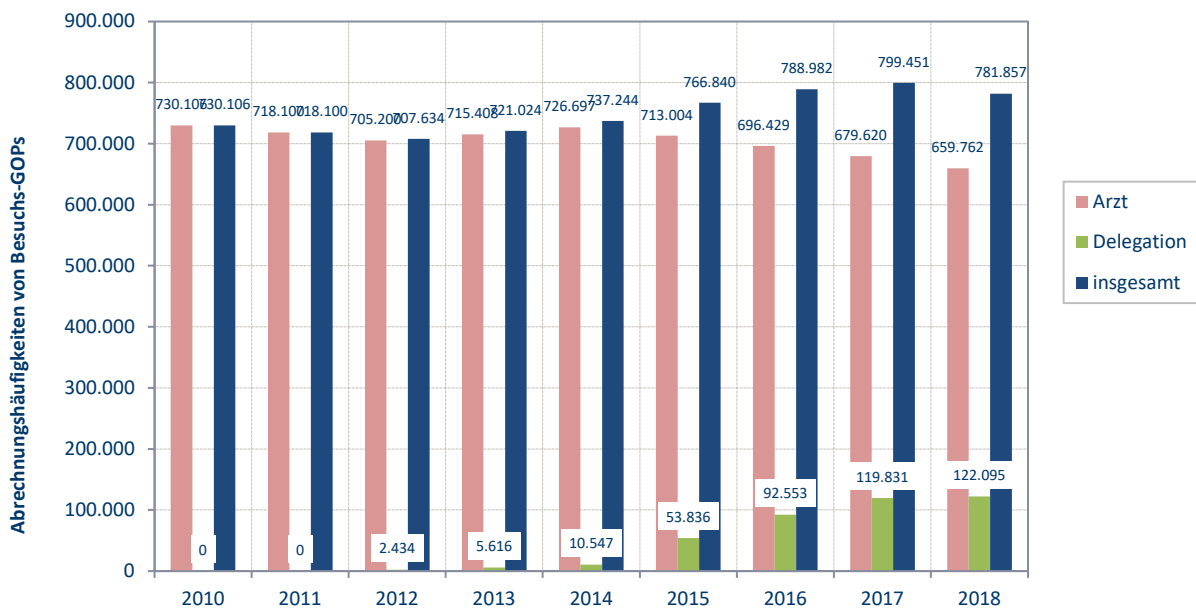
Anmerkung: * berücksichtigte Qualitätskriterien: Anzahl behandelter Herzinfarkt-Notfälle im Jahr 2018 mindestens 100

Abbildung 14: Verteilung der ambulanten Not- und Akutfälle nach Leistungserbringer, 2017



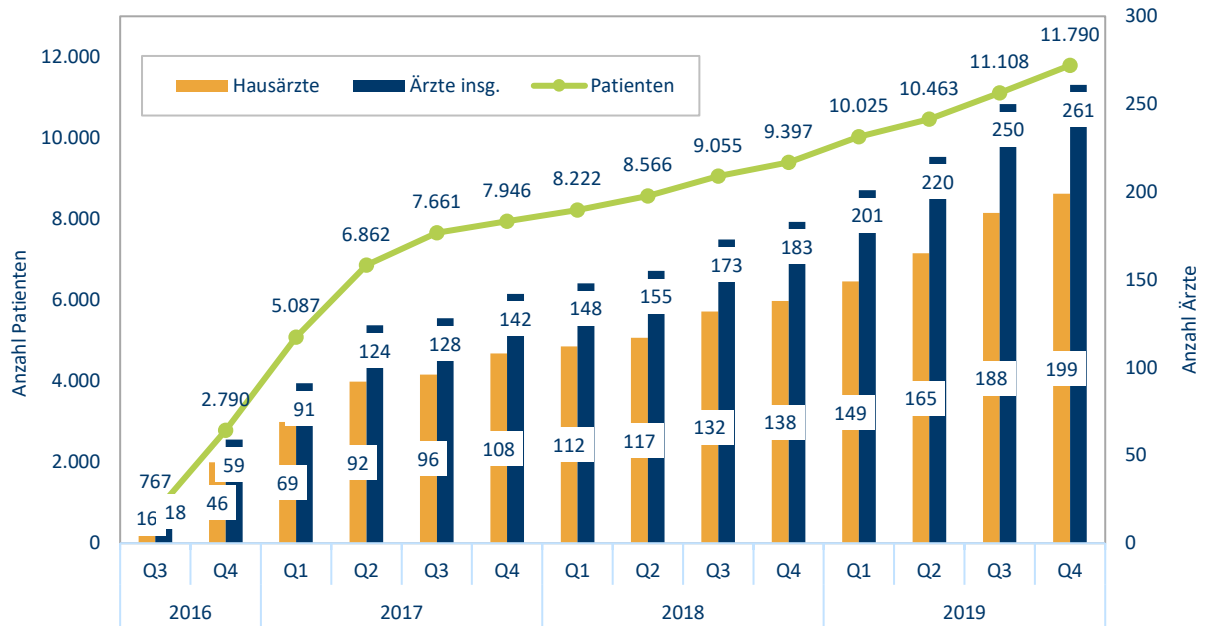
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
 Anmerkung: „Sonstiges“ bezeichnet ambulante Notfall- und Akutversorgung außerhalb von Krankenhäusern und außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes (u. a. unvorhergesehene Inanspruchnahme oder dringende Besuche von Vertragsärzten)

Abbildung 15: Anzahl der vertragsärztlichen Hausbesuche in Brandenburg, 2010-2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Abbildung 16: Anzahl der auf Basis vertragsärztlicher Kooperation betreuter Patienten in Pflegeheimen und der teilnehmenden Vertragsärzte, 2016-2019



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
 Anmerkung: Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Häufigkeiten (GKV) der GOP des Kapitels 37.2 EBM und Anzahl der aus dem Kapitel abrechnenden Ärzte

| **Gesundheit** | Mobilität | Bildung |



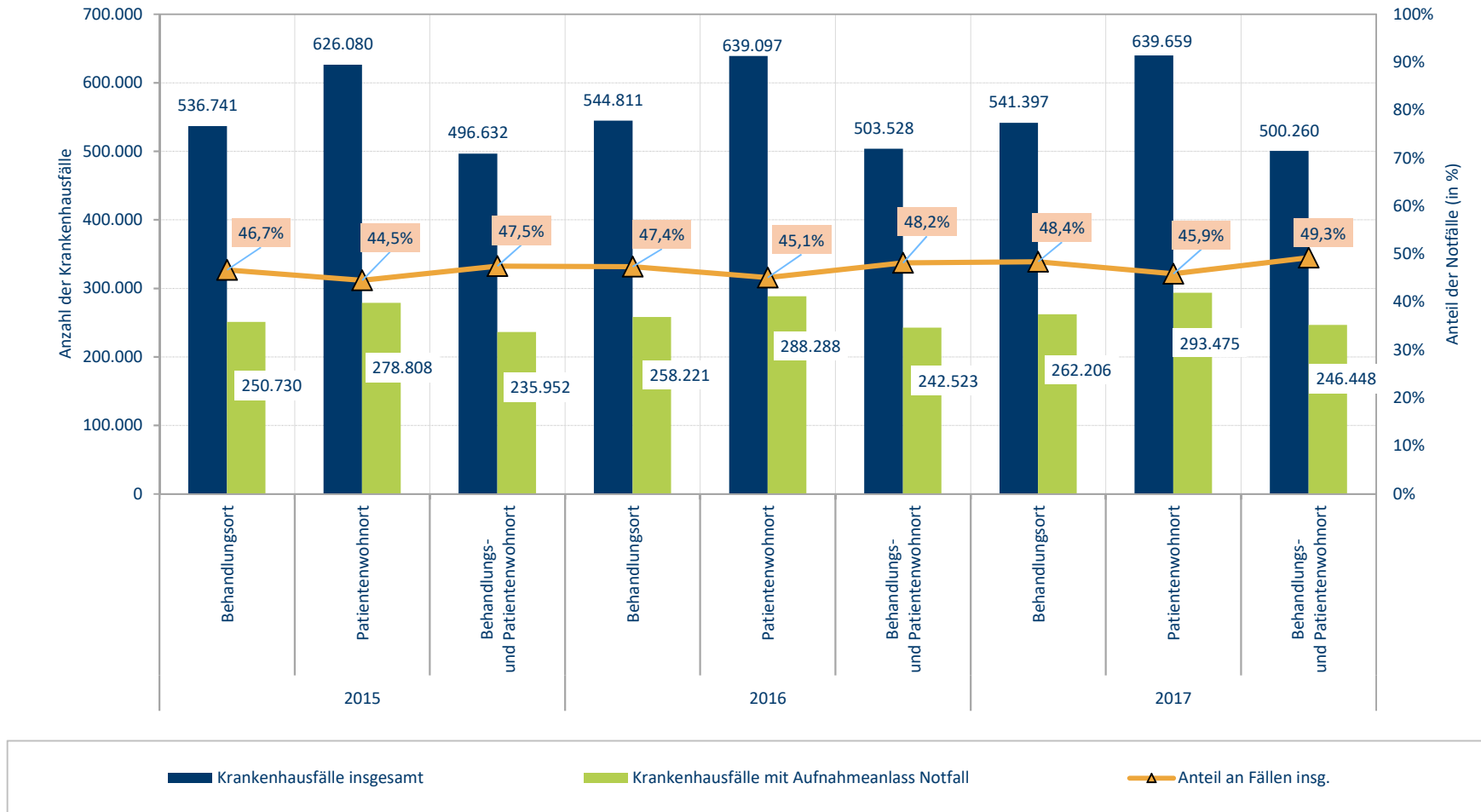
Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg (Förderkennzeichen 01VSF16062)

IGES Institut, Clinische Studiengesellschaft (CSG)

Anlage zu Kapitel 6.1 des Ergebnisberichts
14. September 2021

6.1.1 Stationäre Notfall- und Akutversorgung

Anzahl stationärer Notaufnahmen differenziert nach Behandlungs- und Patientenwohnort in Brandenburg, Anteil an gesamter Krankenhausversorgung, 2015-2017



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015-2017, eigene Berechnungen

Grenzüberschreitende Versorgung stationärer Notfälle: Brandenburg und angrenzende Bundesländer, 2017

	Patienten aus... in Brandenburg	Patienten aus Brandenburg in...	Saldo
anderen Bundesländern	15.758	47.027	-31.269
davon Berlin	7.052	35.669	-28.617
davon Sachsen-Anhalt	2.798	1.226	1.572
davon Sachsen	2.110	3.821	-1.711
davon Mecklenburg- Vorpommern	1.282	3.691	-2.409

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (Sonderauswertung DRG-Statistik)

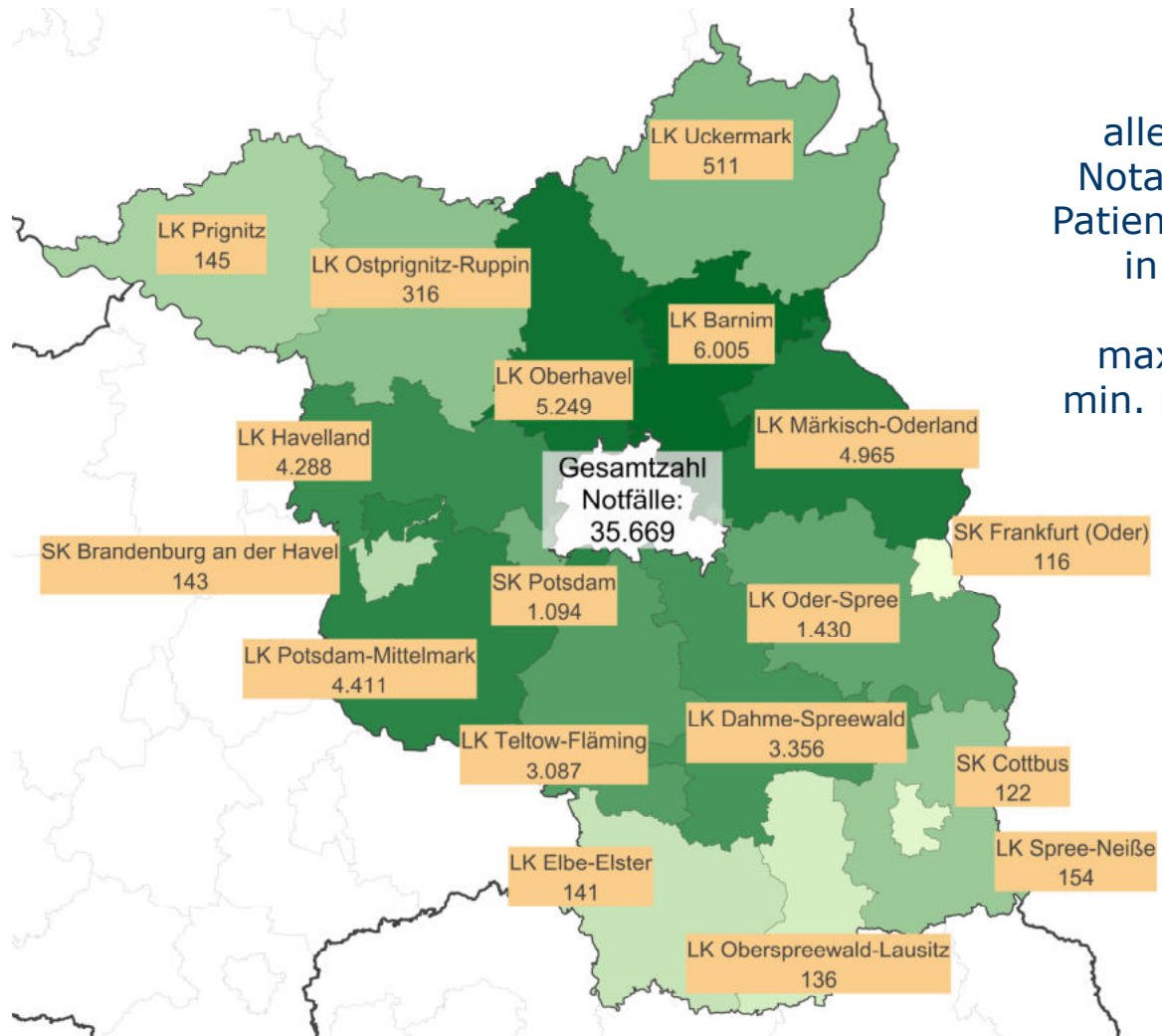
Grenzüberschreitende Versorgung stationärer Notfälle: Stadt-/Landkreise Brandenburgs und angrenzende Bundesländer (ohne Berlin) nach Fallanteil, 2017



Wohnort der Patienten	Sitz des Krankenhauses				insg.	in % aller Fälle
	Nieder-sachsen	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt		
Prignitz	69	770	10	456	1.305	10,2%
Uckermark	25	1.545	19	12	1.601	9,0%
Elbe-Elster	5	22	1.286	49	1.362	8,8%
Oberspreewald-Lausitz	13	27	1.200	19	1.259	8,5%
Spree-Neiße	12	23	717	11	763	5,2%
Brandenburg	439	3.691	3.821	1.226	9.177	3,1%
Oberhavel	31	387	55	21	494	2,3%
Ostprignitz-Ruppin	20	173	24	31	248	2,1%
Potsdam-Mittelmark	31	63	45	273	412	2,0%
Cottbus, Stadt	10	30	128	8	176	1,7%
Potsdam, Stadt	61	84	37	44	226	1,4%
Brandenburg an der Havel, Stadt	13	31	18	30	92	1,3%
Teltow-Fläming	26	70	52	100	248	1,3%
Havelland	27	76	25	75	203	1,1%
Märkisch-Oderland	31	100	44	32	207	1,0%
Barnim	21	114	38	20	193	0,9%
Dahme-Spreewald	18	73	59	19	169	0,9%
Frankfurt (Oder), Stadt	5	24	17	2	48	0,7%
Oder-Spree	21	79	47	24	171	0,7%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (Sonderauswertung DRG-Statistik) und Statistisches Landesamt Berlin Brandenburg, 2017

Stationäre Notaufnahmen in Berlin von Patienten mit Wohnort in Brandenburg nach Herkunftsregion, 2017

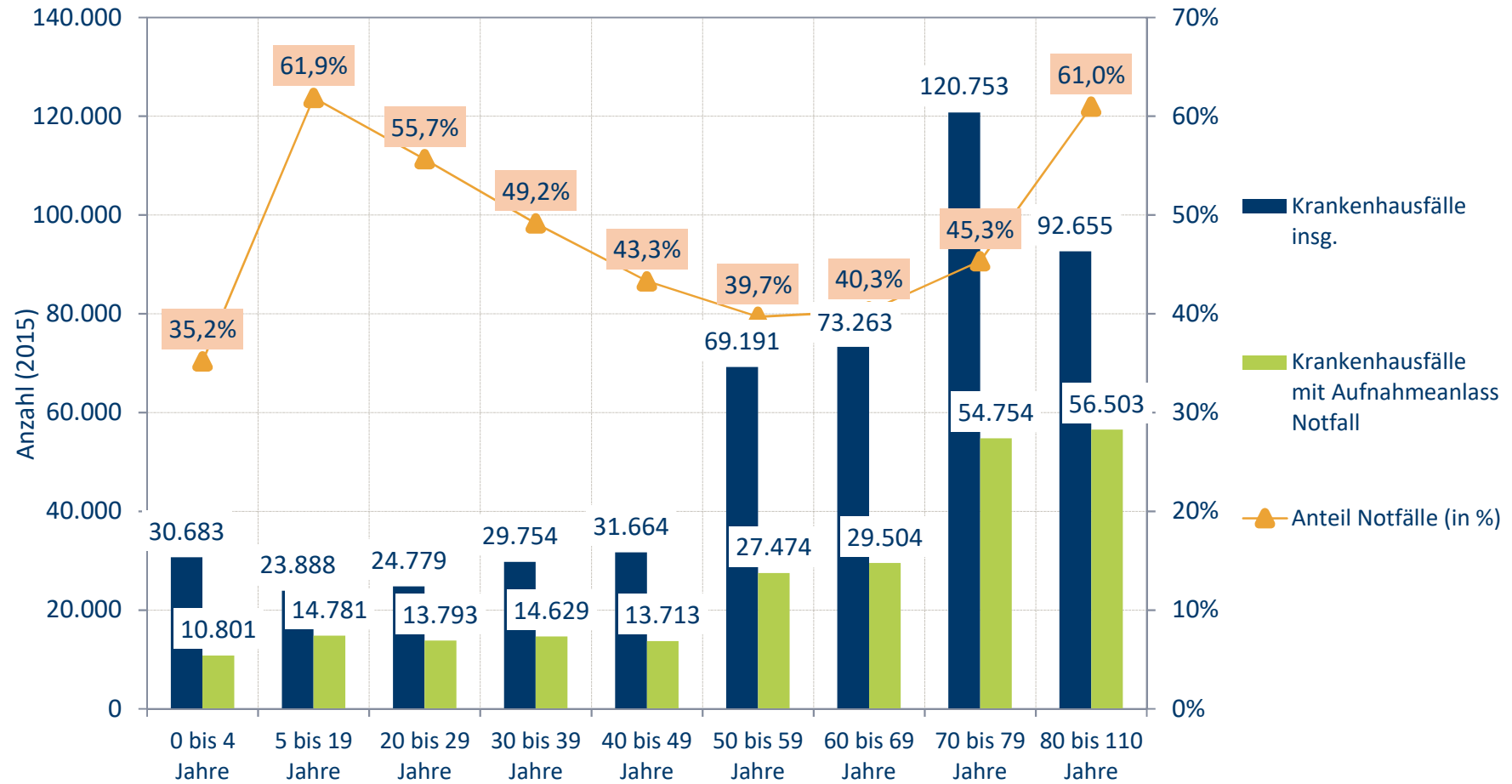


12,2%
 aller stationären
 Notaufnahmen von
 Patienten mit Wohnort
 in Brandenburg

max. Barnim 29,1%
 min. Elbe-Elster 0,9%

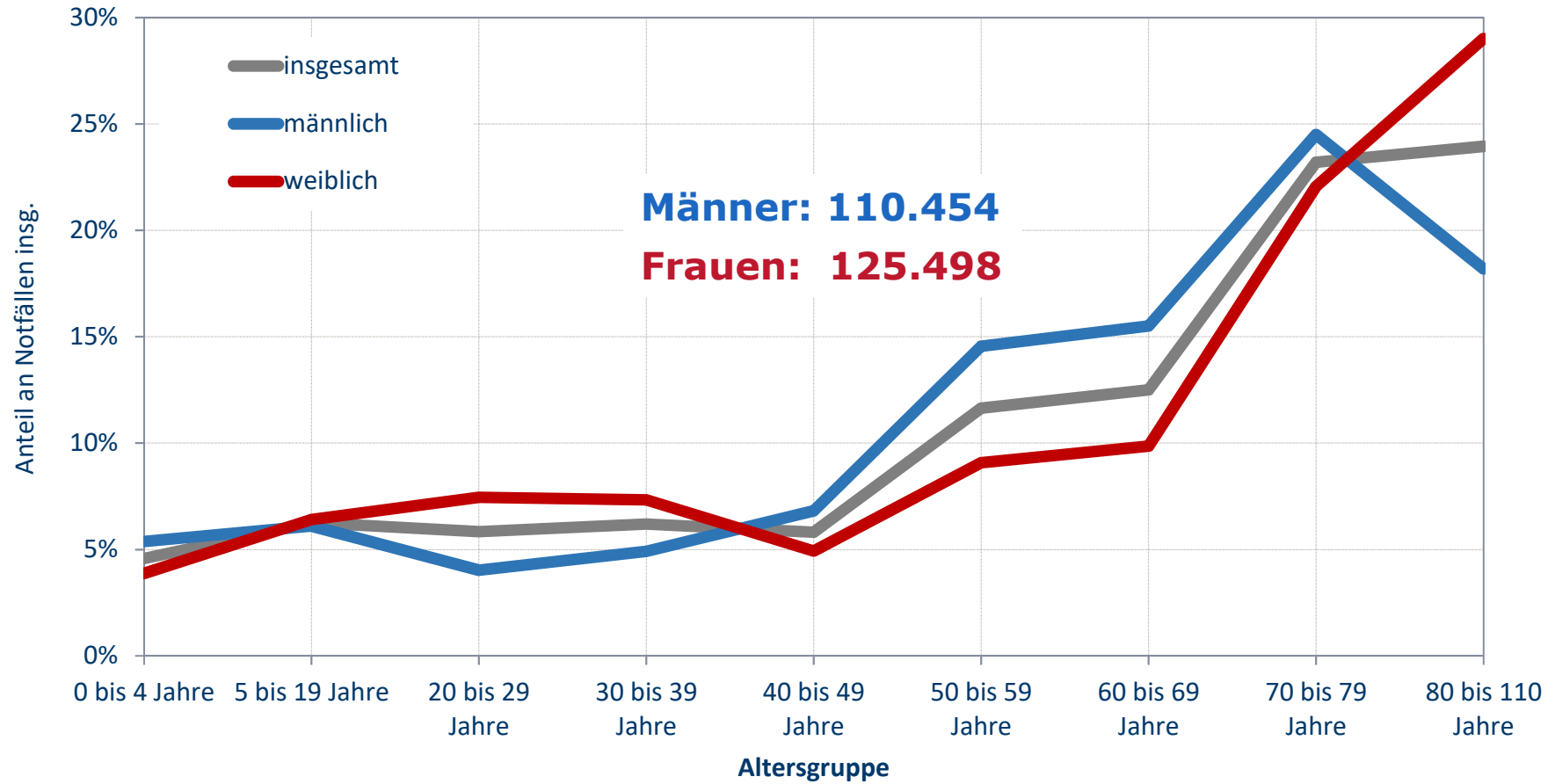
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (Sonderauswertung)

Altersverteilung der Krankenhausfälle insg. und mit Aufnahmearnlass Notfall in Brandenburg, 2015



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen

Alters- und Geschlechtsstruktur der stationären Notfallaufnahmen in Brandenburg, 2015



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen

Regionale Verteilung der stationären Notfallaufnahmen in Brandenburg nach Stadt-/Landkreisen, 2015



	Krankenhausfälle mit Aufnahmeanlass Notfall	Anteil an Notfällen insg.	Abweichung vom Bevölkerungsanteil	Anteil Notfälle an Fällen insg.	Notfallhäufigkeit (je 1.000 Einw.)
Brandenburg an der Havel	7.067	3,0%	0,1%	39,1%	99
Cottbus	9.132	3,9%	-0,1%	44,9%	92
Frankfurt (Oder)	6.295	2,7%	0,3%	43,1%	108
Potsdam	12.631	5,4%	-1,4%	46,7%	75
Barnim	12.928	5,5%	-1,7%	48,1%	73
Dahme-Spreewald	15.478	6,6%	-0,1%	48,0%	94
Elbe-Elster	14.085	6,0%	1,8%	58,9%	135
Havelland	14.467	6,1%	-0,2%	55,0%	91
Märkisch-Oderland	16.277	6,9%	-0,8%	44,9%	85
Oberhavel	15.259	6,5%	-1,9%	51,2%	74
Oberspreewald-Lausitz	13.325	5,6%	1,1%	49,9%	118
Oder-Spree	20.233	8,6%	1,2%	44,8%	111
Ostprignitz-Ruppin	11.348	4,8%	0,8%	43,9%	114
Potsdam-Mittelmark	14.500	6,1%	-2,3%	42,8%	69
Prignitz	9.760	4,1%	1,0%	50,1%	126
Spree-Neiße	12.879	5,5%	0,7%	44,2%	109
Teltow-Fläming	16.087	6,8%	0,2%	52,6%	98
Uckermark	14.201	6,0%	1,1%	46,9%	117
Brandenburg	235.952	100,0%		47,5%	95

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen; Amt für Statistik Berlin Brandenburg

Altersstrukturen der stationären Notfallaufnahmen nach Stadt- und Landkreisen in Brandenburg, 2015



Notfallhäufigkeit (je 1.000 Einw.)										
		0 bis 4 Jahre	5 bis 19 Jahre	20 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 49 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	70 bis 79 Jahre	80 bis 110 Jahre
95	Land Brandenburg	4,6%	6,3%	5,8%	6,2%	5,8%	11,6%	12,5%	23,2%	23,9%
99	Brandenburg an der Havel	6,8%	6,4%	7,3%	6,2%	5,6%	10,8%	11,6%	22,6%	22,8%
92	Cottbus			9,2%	8,1%	5,2%	10,1%	11,0%	18,9%	24,4%
108	Frankfurt (Oder)	6,5%	5,8%	7,0%	6,1%	5,0%	11,1%	11,4%	22,2%	24,8%
75	Potsdam	5,0%	5,5%	6,0%	7,6%	5,6%	9,6%	11,1%	22,4%	27,2%
73	Barnim	4,5%	5,9%	6,4%	6,4%	6,3%	11,9%	13,1%	23,0%	22,7%
94	Dahme-Spreewald	5,5%	6,8%	4,4%	5,9%	5,4%	11,1%	12,2%	24,0%	24,6%
135	Elbe-Elster	4,4%	5,4%	5,4%	5,7%	5,6%	11,4%	12,9%	25,6%	23,7%
91	Havelland	3,8%	7,0%	6,6%	6,6%	6,1%	12,5%	12,4%	23,9%	21,1%
85	Märkisch-Oderland	3,4%	4,6%	6,0%	6,9%	5,8%	12,8%	12,9%	22,9%	24,7%
74	Oberhavel	4,5%	4,6%	4,6%	5,1%	5,6%	11,5%	13,5%	25,0%	25,5%
118	Oberspreewald-Lausitz	5,1%	7,3%	6,0%	6,5%	5,6%	10,9%	12,1%	23,2%	23,3%
111	Oder-Spree	6,9%	8,8%	5,9%	6,1%	5,5%	10,8%	11,6%	22,0%	22,5%
114	Ostprignitz-Ruppin	2,7%	5,0%	6,5%	7,2%	6,3%	13,5%	13,2%	22,1%	23,4%
69	Potsdam-Mittelmark	4,2%	6,0%	5,1%	5,8%	5,9%	11,9%	12,9%	23,1%	25,1%
126	Prignitz			5,2%	4,9%	5,7%	12,5%	12,7%	23,7%	26,2%
109	Spree-Neiße	2,7%	5,2%	4,6%	5,8%	6,7%	12,5%	13,8%	24,1%	24,6%
98	Teltow-Fläming	5,3%	7,6%	6,1%	6,4%	6,0%	11,3%	11,7%	22,8%	22,9%
117	Uckermark	3,5%	5,6%	5,6%	5,0%	6,2%	12,8%	14,1%	24,2%	23,1%

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle insg. und mit Aufnahmeanlass Notfall in Brandenburg nach Diagnosen, 2015



Erkrankungsgruppe	ASK-Notfälle	ASK insg.	NF-Anteil
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	11.542	17.818	65%
Pneumonie (Lungenentzündung)	6.830	8.665	79%
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	6.643	8.390	79%
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	5.775	8.238	70%
Infektiöse Darmkrankheiten	5.444	6.538	83%
Rückenschmerzen	4.480	11.452	39%
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	4.245	13.728	31%
Krankheiten des Harnsystems	3.615	5.102	71%
Diabetes	3.340	6.508	51%
Infektionen der Haut und der Unterhaut	3.032	4.406	69%
Angina Pectoris	2.820	6.257	45%
Dehydration	2.690	3.253	83%
Akute Bronchitis	2.286	2.902	79%
Alkohol- oder Opioidabhängigkeit	2.284	2.532	90%
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	1.166	1.687	69%
Chronisch Ischämische Herzkrankheit	854	6.825	13%
Asthma	532	837	64%
Krankheiten des Auges	338	6.024	6%
Depression	179	453	40%
Demenz	155	422	37%
Schlafstörungen	62	1.673	4%
insgesamt	68.312	123.710	55%

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle insg. und mit Aufnahme- anlass Notfall in Brandenburg nach Zeitabschnitten, 2015

ASK	werktags		Wochenende	Summe
	während	außerhalb		
	Praxisöffnungszeiten			
mit Einweisung	41.267	9.713	4.418	55.398
ohne Einweisung (Notfälle)	27.919	22.807	17.586	68.312
insgesamt	69.186	32.520	22.004	123.710

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle mit Aufnahmearlass Notfall in Brandenburg: %-Verteilung nach Stadt-/Landkreisen, Tageszeiten und Wochentagen, 2015



	TAGSÜBER					ABENDS					NACHTS				
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Brandenburg, Stadt	45%	58%	41%	53%	38%	22%	12%	30%	12%	28%	33%	30%	28%	36%	34%
Cottbus, Stadt	53%	71%	46%	60%	43%	21%	6%	29%	10%	32%	26%	23%	25%	30%	26%
Frankfurt (Oder), Stadt	58%	77%	44%	74%	55%	18%		30%		45%	24%	23%	27%	26%	
Potsdam, Stadt	57%	65%	46%	69%	59%	20%	8%	27%		41%	24%	27%	27%	31%	
Barnim	51%	64%	35%	62%	41%	20%	11%	33%	8%	27%	29%	26%	32%	30%	33%
Dahme-Spreewald	60%	68%	46%	64%	50%	17%	9%	30%	12%	24%	23%	23%	24%	24%	26%
Elbe-Elster	59%	72%	48%	68%	46%	20%		27%	9%	27%	21%	28%	25%	22%	27%
Havelland	60%	67%	48%	63%	44%	18%	9%	29%	10%	30%	21%	24%	24%	27%	26%
Märkisch-Oderland	53%	64%	43%	61%	44%	19%	9%	30%	9%	28%	28%	27%	27%	30%	28%
Oberhavel	61%	67%	51%	64%	48%	19%	8%	28%	10%	27%	20%	25%	21%	26%	25%
Oberspreewald-Lausitz	63%	69%	49%	69%	50%	18%	10%	27%	10%	26%	19%	21%	24%	21%	24%
Oder-Spree	56%	65%	41%	64%	42%	21%	10%	32%	9%	29%	23%	26%	27%	27%	28%
Ostprignitz-Ruppin	59%	64%	44%	64%	43%	18%	10%	32%	10%	24%	23%	26%	24%	26%	33%
Potsdam-Mittelmark	52%	64%	39%	63%	41%	18%	9%	30%	8%	28%	30%	27%	31%	29%	31%
Prignitz	59%	61%	45%	65%	46%	18%	9%	33%	9%	25%	23%	30%	22%	26%	28%
Spree-Neiße	58%	65%	46%	65%	43%	18%	10%	29%	9%	29%	24%	26%	25%	26%	28%
Teltow-Fläming	60%	65%	45%	63%	44%	17%	10%	31%	11%	30%	24%	24%	24%	26%	27%
Uckermark	53%	66%	40%	60%	39%	19%	10%	29%	10%	27%	28%	24%	32%	30%	34%
Land Brandenburg	57%	66%	44%	64%	45%	19%	9%	30%	9%	28%	24%	25%	26%	27%	27%

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen

Insgesamt 64 Krankenhausstandorte in Brandenburg

- davon etwa ein Viertel Fachkliniken (PSY, GER, NeuroReha...)

60 Kliniken haben Patienten als Notfall aufgenommen

- 265.063 Patienten (49,2% aller Fälle im Jahr 2018)

39 Standorte übernehmen allgemeine NFV

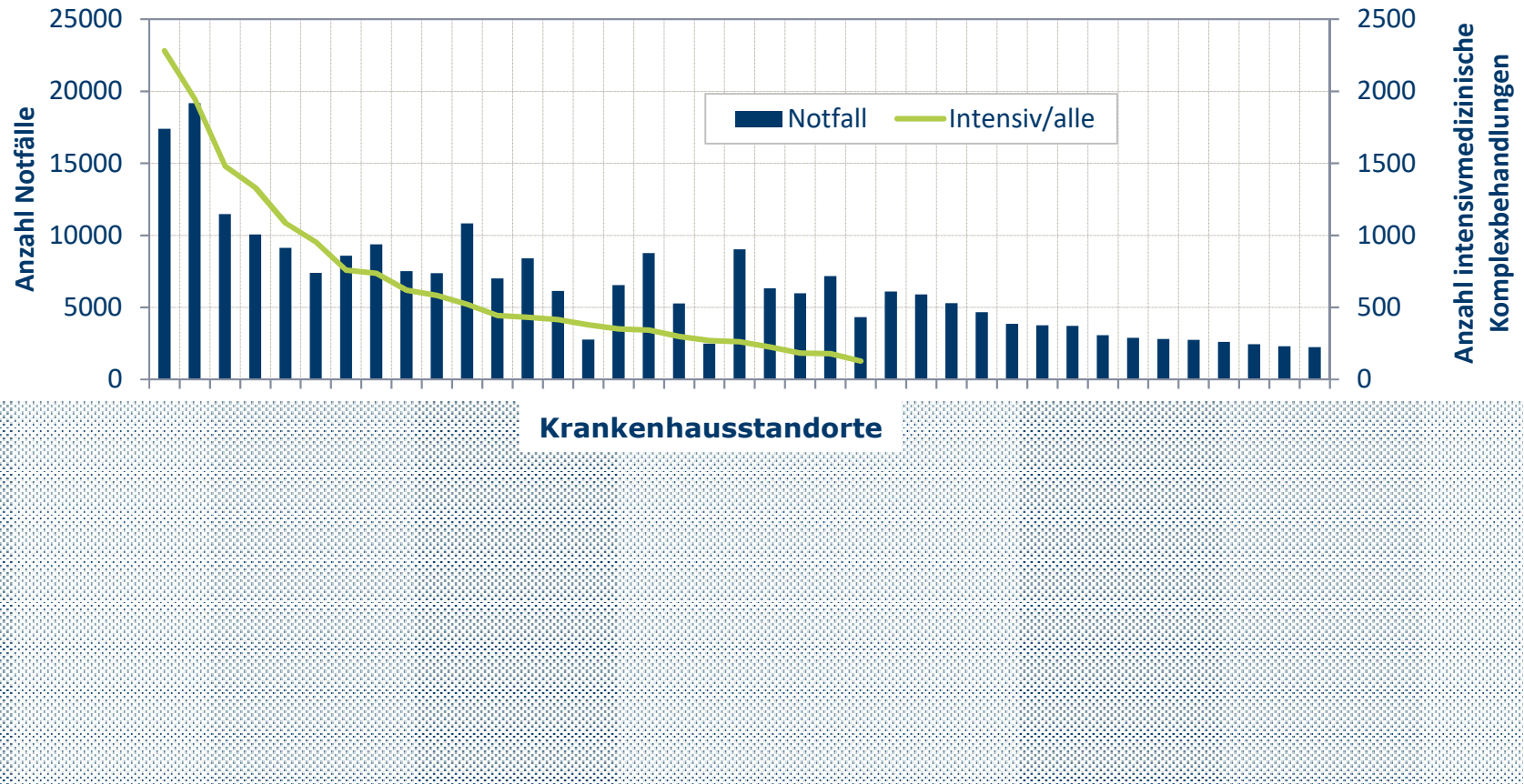
- mit Fachabteilungen für Inneres und Chirurgie
- mindestens 1.000 Notfälle/Jahr
 - alle 39 mit ≥ 2.000 Notfällen im Jahr 2018

Fachkliniken meist nur wenige oder keine Notfälle

- Fachkliniken mit spezifischer Notfallversorgung (Schlaganfall, Herzinfarkt, Kinder) werden separat berücksichtigt.

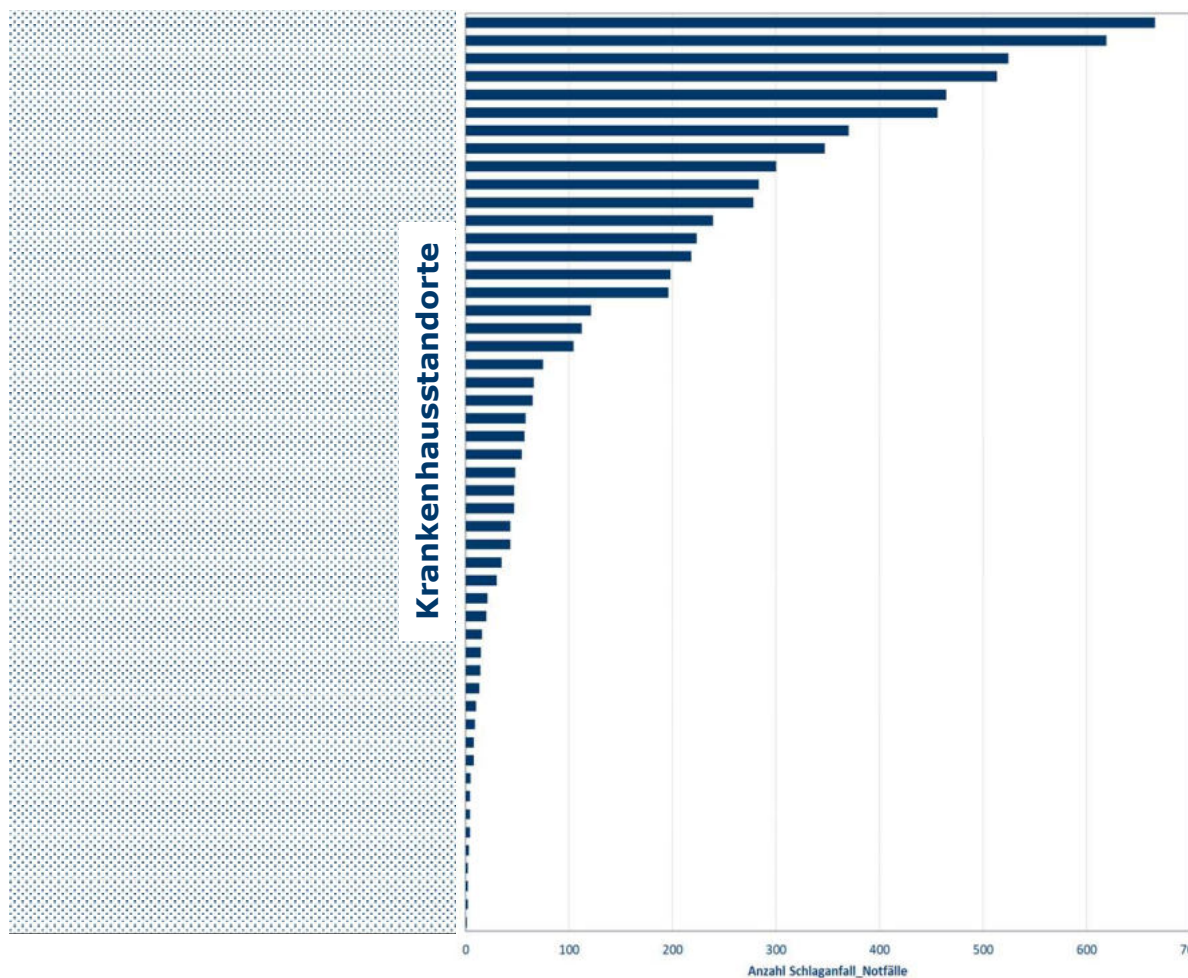
Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntg des MSGIV

Krankenhäuser der allgemeinen Notfallversorgung mit Intensivbehandlungen (Dokumentation von Intensivkomplexpauschalen), 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntg des MSGIV

Krankenhausstandorte nach Anzahl von Schlaganfall-Notfallpatienten, Brandenburg, 2018



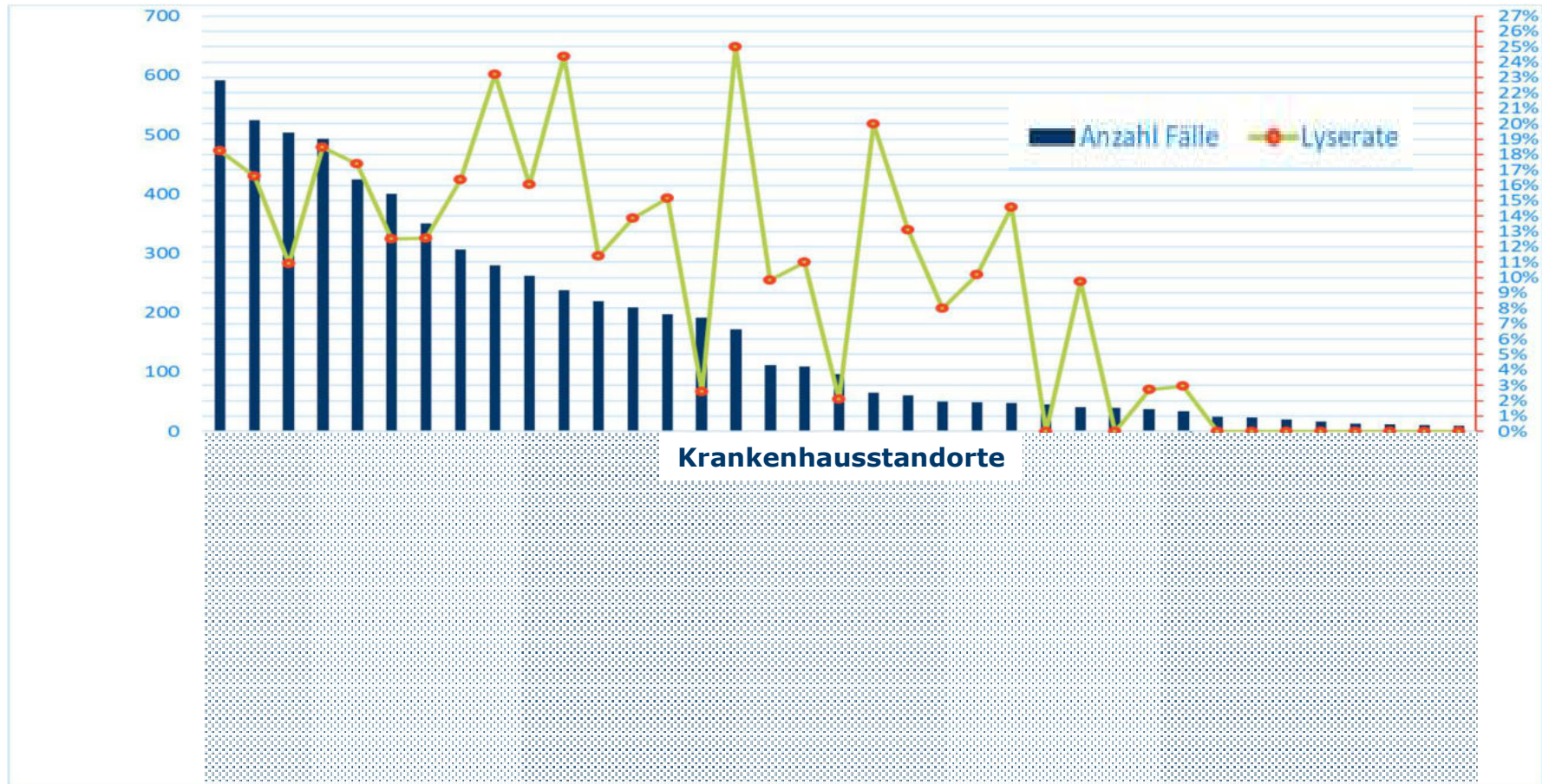
davon

- 9 > 299 Fälle
- 5 mit 200-300 Fällen
- 11 mit 54-198 Fällen
- 14 mit 10-48 Fällen
- 12 < 10 Fälle

- 17 Standorte mit mindestens 50% der Fälle verlegt/verstorben (371 Fälle)

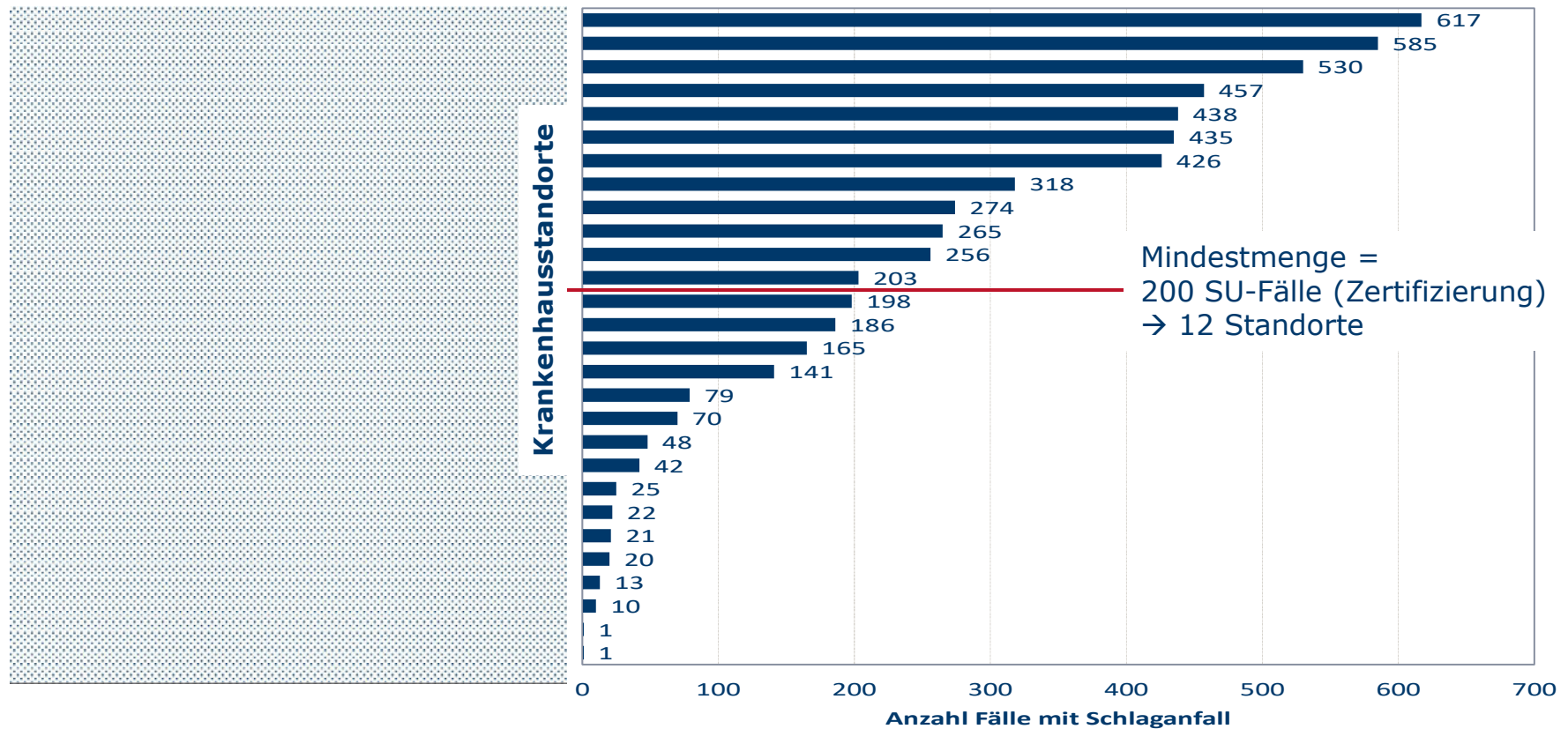
Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntgG des MSGIV

Krankenhausstandorte nach Anzahl von Schlaganfall-Notfallpatienten und Lyserate, Brandenburg, 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntgG des MSGIV

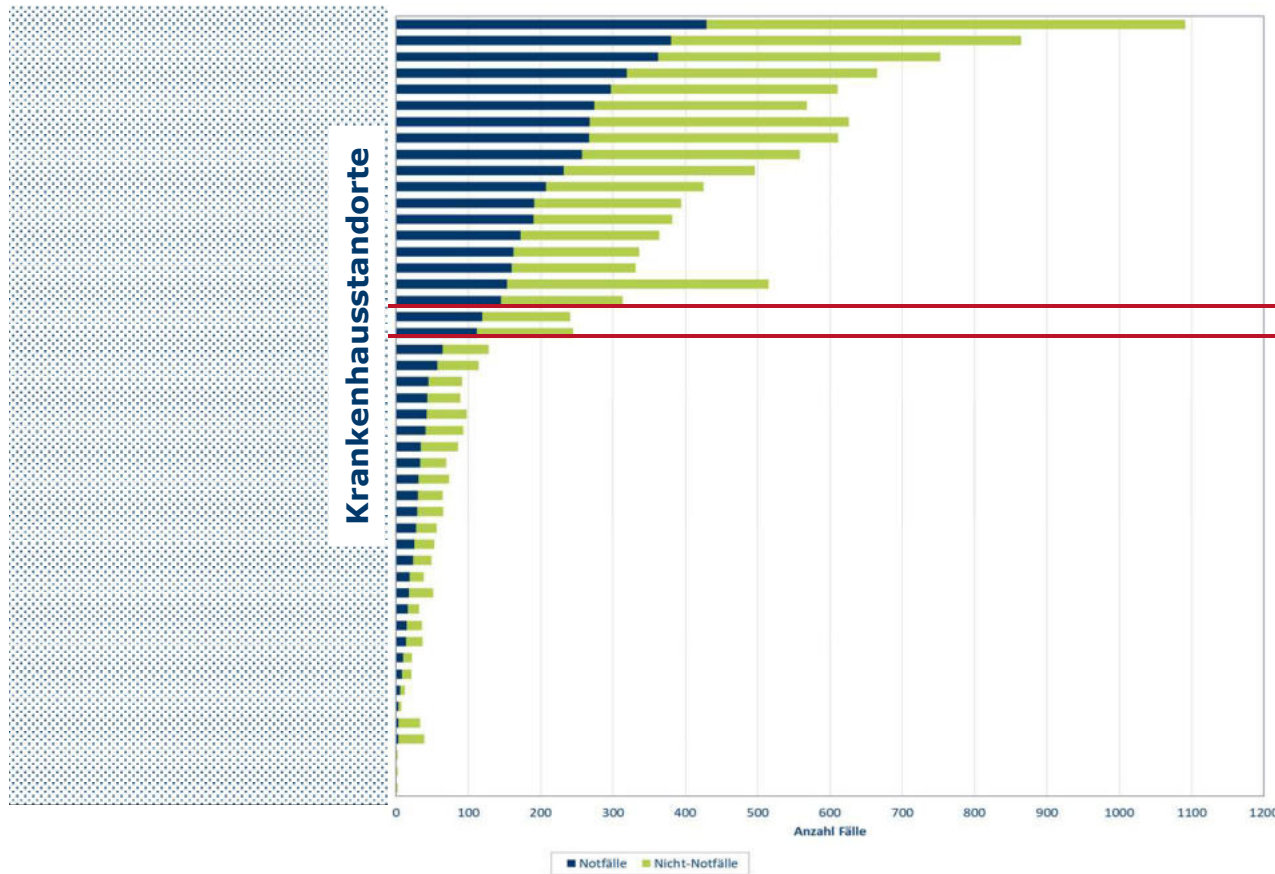
Krankenhausstandorte nach Anzahl der Stroke Unit-Behandlungen von Schlaganfall-Notfallpatienten, Brandenburg, 2018



- 12 Standorte zertifiziert
- Anteil der in Stroke Unit behandelten Notfälle: 2% bis 91%

Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntg des MSGIV

Krankenhausstandorte nach Anzahl von Fällen mit Herzinfarkt mit/ohne Notfallaufnahme, Brandenburg, 2018

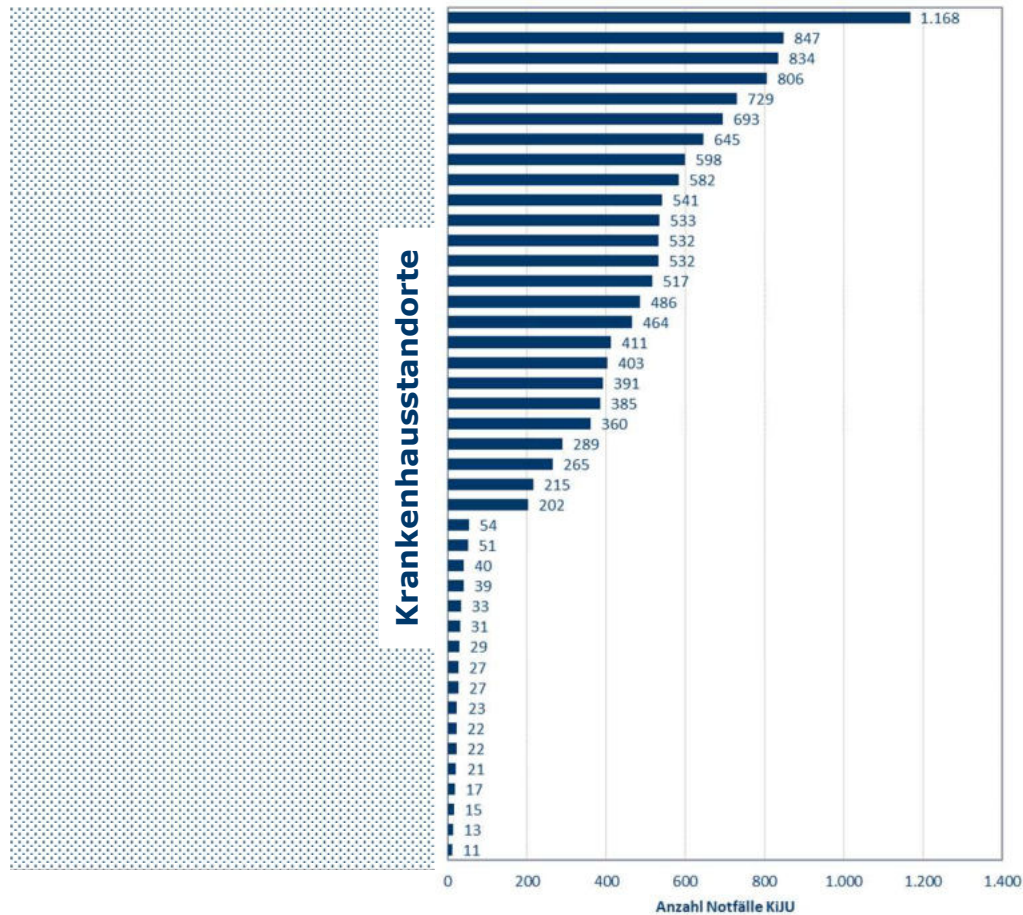


Nimptsch/Mansky (2018):
 Mindestmenge =
 309 Fälle insgesamt
 → 18 Standorte

100 Notfälle
 → 20 Standorte
 Nur diese 20 Kliniken haben
 auch systematisch LHK-
 Interventionen durchgeführt.

Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntg des MSGIV

Krankenhausstandorte nach Anzahl der Notfallaufnahmen von Kindern und Jugendlichen, Brandenburg, 2018



Rund 9% aller Notfälle entfielen auf

- Kinder (0-3 Jahre, ca. 14.000)
- Jugendliche (4-17 Jahre, ca. 10.000).

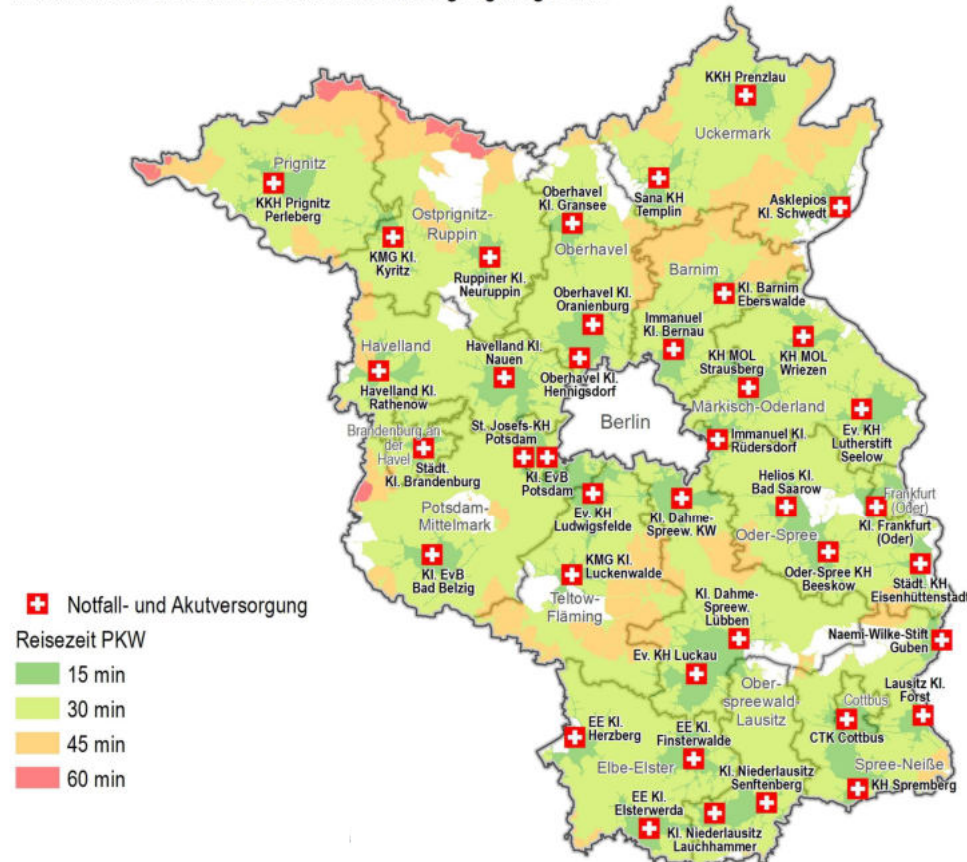
Von den 25 Standorten mit mind. 200 KiJu-Notfällen verfügten

- 18 Standorte über eine KiJu-Fachabteilung
- 1 Standort über eine KiCHI
- 3 Standorte über einen päd. Schwerpunkt

Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntg des MSGIV

Pkw-Erreichbarkeit der 39 Krankenhausstandorte der allgemeinen Notfallversorgung in Brandenburg, 2018

Krankenhäuser der Notfall- und Akutversorgung insgesamt



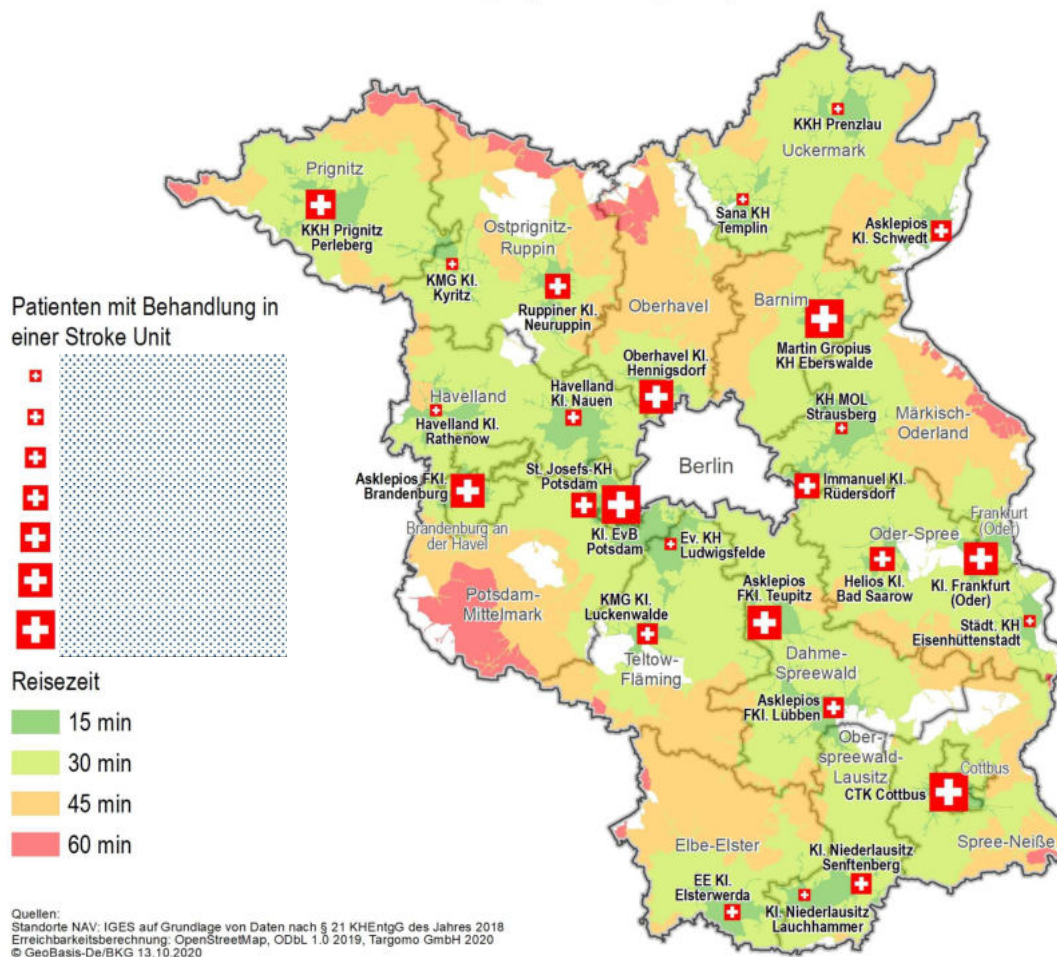
Eine der 39 Kliniken erreichen

- 98% der Bevölkerung in max. 30 Min.
- 99,9% der Bevölkerung in max. 45 Min.

Quelle: LGB und IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntg des MSGIV

Pkw-Erreichbarkeit der 26 Krankenhausstandorte mit Stroke-Unit-Behandlungen (≥ 10) in Brandenburg, 2018

Krankenhäuser der Notfall- und Akutversorgung von Schlaganfallpatienten



90% der Bevölkerung erreichen den jeweils nächsten der 28 Standorte in **max. 30min.**

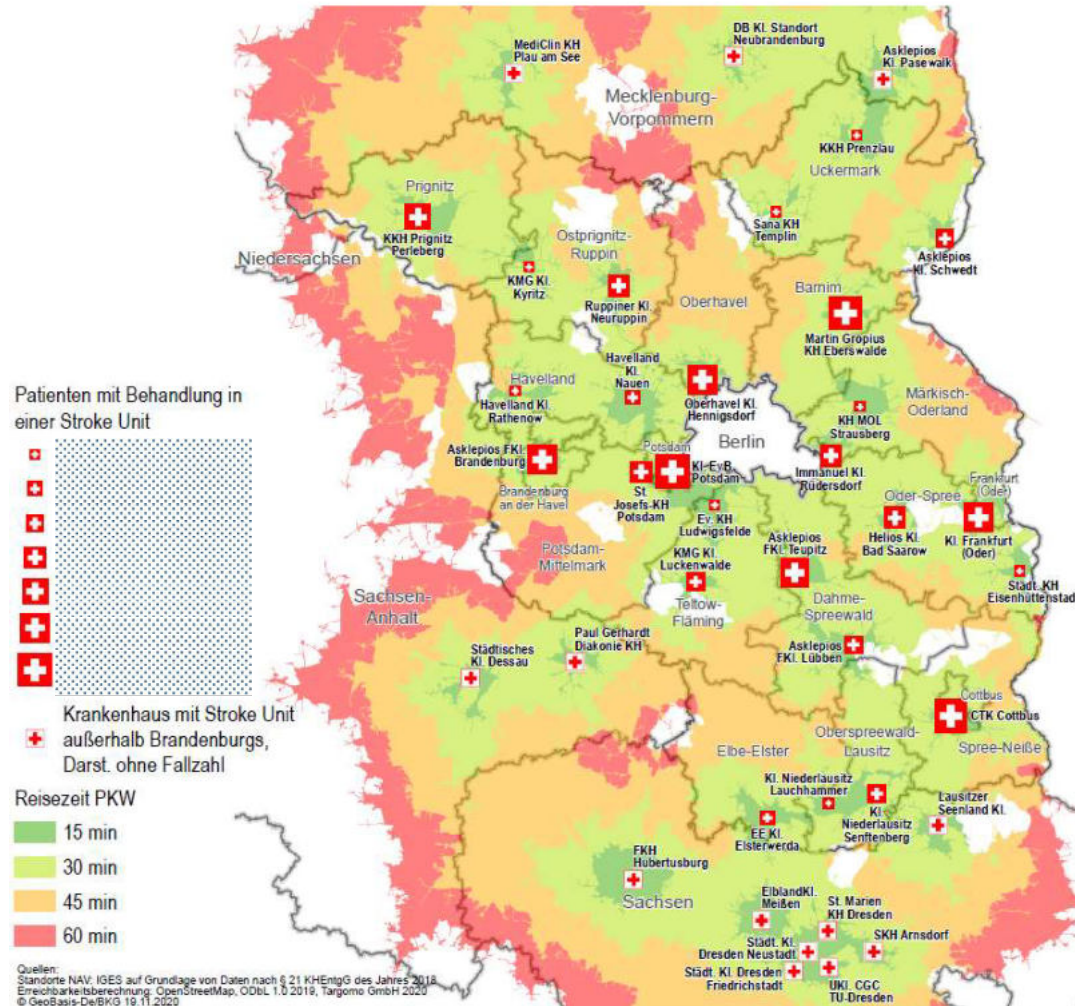
Quelle: LGB und IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntgG des MSGIV

Pkw-Erreichbarkeit der 26 Krankenhausstandorte mit Stroke-Unit-Behandlungen (≥ 10) in Brandenburg unter Einbeziehung angrenzender Bundesländer, 2018

insg. nur marginale Verbesserung der Erreichbarkeit

- Anteil der Bevölkerung mit max. 30min Pkw-Fahrzeit: 90,2% \rightarrow 90,7%
- Einschränkung: Fallzahlen der Standorte in angrenzenden Bundesländern unbekannt

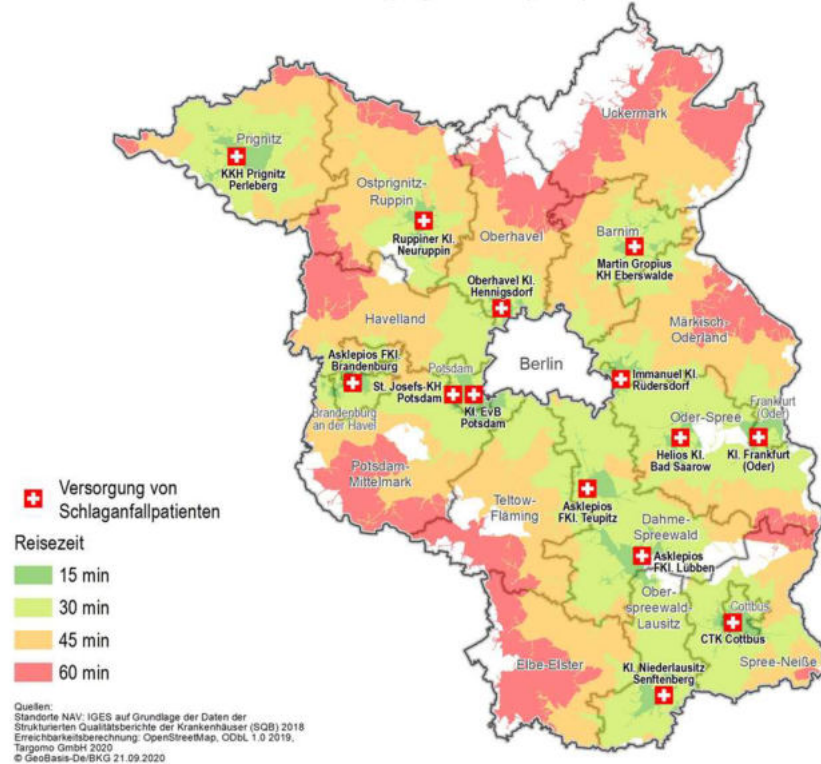
Krankenhäuser der Notfall- und Akutversorgung von Schlaganfallpatienten



Quelle: LGB und IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntgG des MSGVG

Pkw-Erreichbarkeit der 14 Krankenhausstandorte mit Stroke-Unit-Behandlungen (>185) und Lyseraten (>10%) in Brandenburg, 2018

Krankenhäuser der Notfall- und Akutversorgung von Schlaganfallpatienten



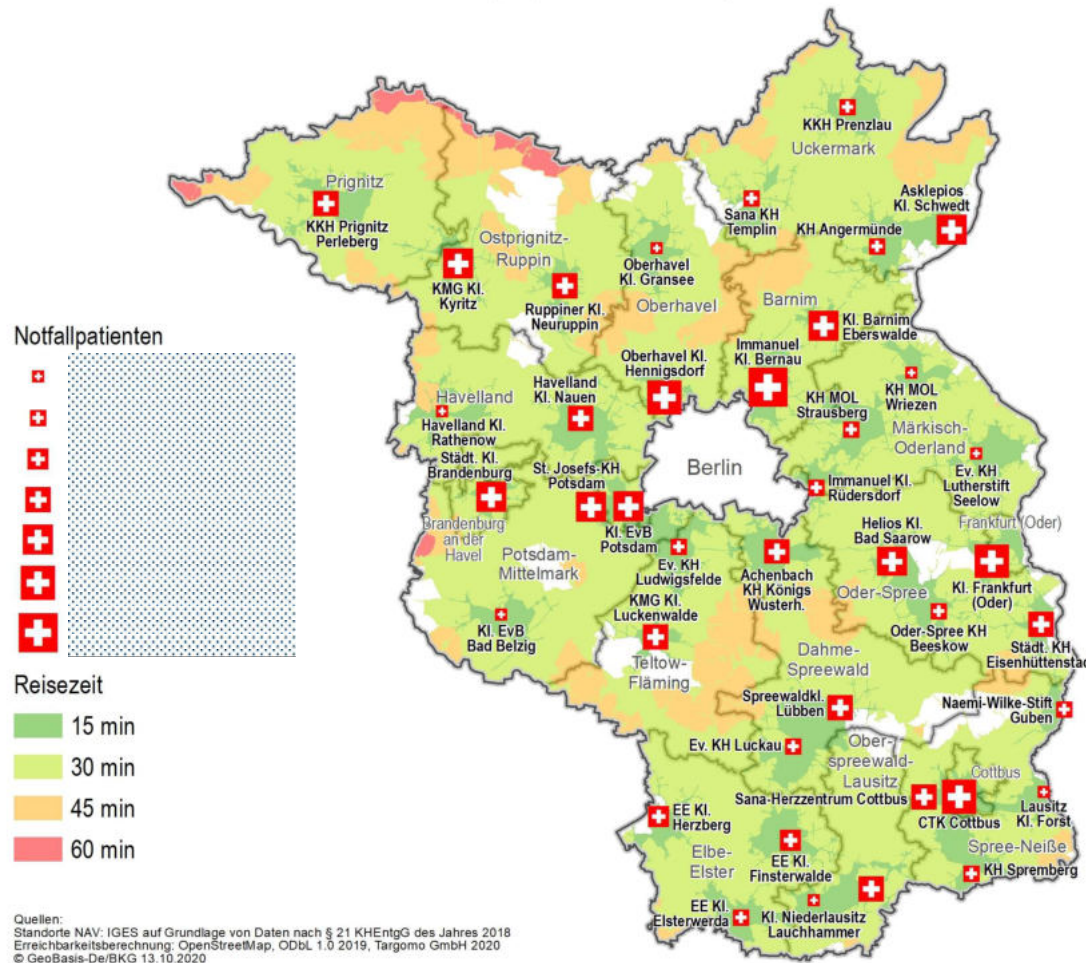
Erreichbarkeit der 14 Klinikstandorte:

- **74 % der Bev in 30 Min.**
- 93 % der Bev. in 45 Min.
- 99 % der Bev. in 60 Min.

Quelle: LGB und IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntg des MSGIV

Pkw-Erreichbarkeit der 48 Krankenhausstandorte mit Herzinfarkt-Notfallaufnahmen in Brandenburg, 2018

Krankenhäuser der Notfall- und Akutversorgung von Herzinfarktpatienten

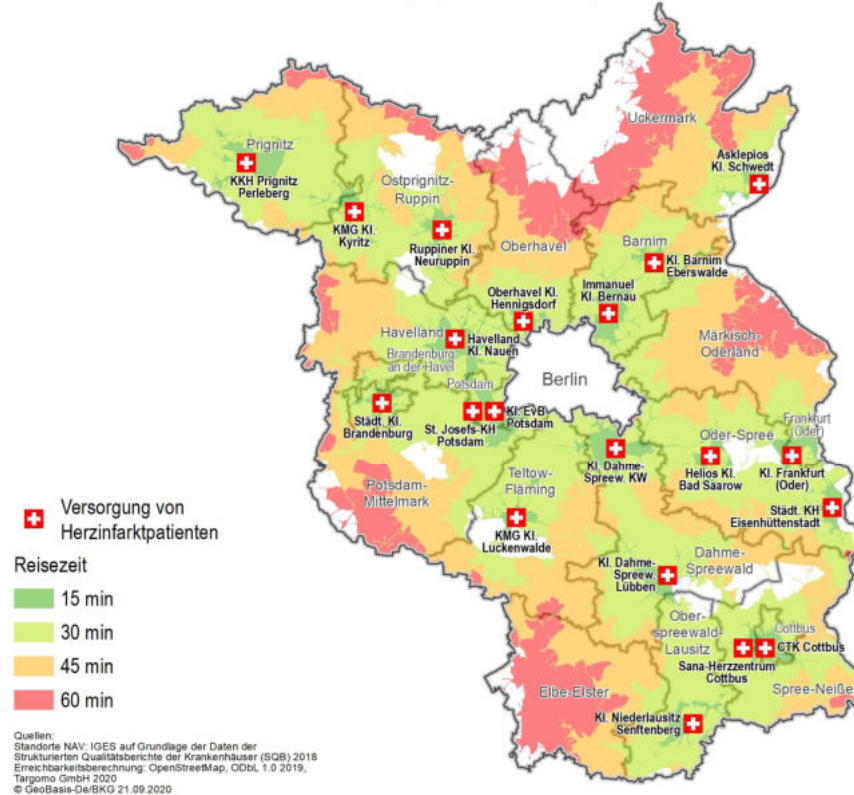


98% der Bevölkerung erreichen den jeweils nächsten der 48 Standorte in **max. 30min.**

Quelle: LGB und IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntG des MSGIV

Pkw-Erreichbarkeit der 20 Krankenhausstandorte mit mind. 100 Herzinfarkt-Notfallaufnahmen in Brandenburg, 2018

Krankenhäuser der Notfall- und Akutversorgung von Herzinfarktpatienten



Erreichbarkeit der 20 Klinikstandorte

- **83 % der Bev. in 30 Min.**
- 95 % der Bev. in 45 Min.
- 99 % der Bev. in 60 Min.

Quelle: LGB und IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntG des MSGIV

6.1.2 Ambulante Notfall- und Akutversorgung

Analysepopulation

Fälle mit Abrechnung mind. einer GOP der Auswahl (1)



EBM-GOP (ab 1.4.2017)

1.1 besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes

01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes abends (19-22h), Sa/So/Feiertag tagsüber (7-19h)
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes nachts (22-7h), Sa/So/Feiertag abends/nachts (19-7h)
01102	Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen (7-14h)

1.2 Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst

01205	Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit tagsüber (7-19h) außer Sa/So/Feiertag
01207	Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit abends/nachts (19-7h), Sa/So/Feiertag ganztägig
01210	Notfallpauschale tagsüber (7-19h) außer Sa/So/Feiertag
01212	Notfallpauschale abends/nachts (19-7h), Sa/So/Feiertag ganztägig
01214	Notfallkonsultationspauschale I (weiterer Arzt-Patienten-Kontakt)
01216	Notfallkonsultationspauschale II (weiterer Arzt-Patienten-Kontakt) abends (19-22h), Sa/So/Feiertag tagsüber (7-19h)

Quelle: KBV, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 3. Quartal 2017

Analysepopulation

Fälle mit Abrechnung mind. einer GOP der Auswahl (2)



EBM-GOP (ab 1.4.2017)

1.2 Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst (Forts.)

01218	Notfallkonsultationspauschale III (weiterer Arzt-Patienten-Kontakt) nachts (22-7h), Sa/So/Feiertag abends/nachts (19-7h)
01220	Reanimationskomplex (künstliche Beatmung, extrathorakale Herzmassage)
01221	Zuschlag zu 01220 (Koniotomie, Endotracheale Intubation)
01222	Zuschlag zu 01220 (Elektrodefibrillation/-stimulation)
01223	Zuschlag zu 01210 (schwere/komplexe Behandlungsdiagnosen)
01224	Zuschlag zu 01212 (schwere/komplexe Behandlungsdiagnosen)
01226	Zuschlag zu 01212 (besondere Patientengruppen)

1.4 Besuche

01411	Dringender Besuch abends (19-22h), Sa/So/Feiertag tagsüber (7-19h)
01412	Dringender Besuch nachts (22-7h), Sa/So/Feiertag abends/nachts (19-7h)
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen/Einrichtungen außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes
01418	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst

Quelle: KBV, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 3. Quartal 2017

Ambulante Not-/Akutfälle

Anzahl und Anteil an Behandlungsfällen insg.



Jahr	Anzahl ambulante Not-/ Akutfälle	Gesamtzahl ambulanter Fälle	Anteil NAV
2015	552.125	17.256.727	3,2%
2016	553.651	17.407.890	3,2%
2017	531.456	17.479.969	3,0%
2018 (1. Hj.)	270.017	8.914.308	3,0%

Krankenhausfälle mit Aufnahmearbeit Notfall
(Behandlungs- und Patientenwohnort in BB)

2015: **235.952** (47,5%)

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015-2017, eigene Berechnungen; KV Brandenburg

Ambulante Not-/Akutfälle

nach Wohn- und Behandlungsort (2017)

Wohnort	Behandlungsort	Anzahl ambulanter Not-/Akutfälle der KVBB
alle	alle	531.486
alle	Brandenburg	527.781
Brandenburg	alle	490.201
Brandenburg	Brandenburg	486.779
außerhalb Brandenburgs	Brandenburg	41.002] 7,8%
	außerhalb Brandenburgs	243
	Berlin	40
Brandenburg	außerhalb Brandenburgs	2.764] 0,7%
	Berlin	658

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Ambulante Not-/Akutfälle mit Wohnort in Brandenburg, Anteil auswärtiger Behandlungsorte (2017)



Wohnort	Fälle ambulante NAV insg.	Behandlungsort in anderen Regionen Brandenburgs	Behandlungsort außerhalb Brandenburgs
Brandenburg an der Havel, Stadt	17.179	10,7%	0,7%
Cottbus, Stadt	24.733	11,6%	2,2%
Frankfurt (Oder), Stadt	9.617	5,3%	
Potsdam, Stadt	34.467	5,3%	0,8%
Barnim	35.878	12,7%	0,1%
Dahme-Spreewald	37.265	15,3%	0,8%
Elbe-Elster	24.413	11,0%	0,0%
Havelland	26.564	13,2%	0,1%
Märkisch-Oderland	38.250	17,6%	1,7%
Oberhavel	36.084	7,0%	1,1%
Oberspreewald-Lausitz	23.831	26,5%	0,6%
Oder-Spree	40.300	30,1%	1,2%
Ostprignitz-Ruppin	20.893	9,5%	0,3%
Potsdam-Mittelmark	30.062	62,1%	0,4%
Prignitz	13.532	4,1%	0,0%
Spree-Neiße	21.789	44,8%	1,1%
Teltow-Fläming	30.702	20,4%	0,1%
Uckermark	24.642	5,4%	0,0%
	490.201		

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Ambulante Not-/Akutfälle mit Wohnort außerhalb Brandenburgs (regionale Verteilung)



Region (Behandlungsort)	ambulante Not-/Akutfälle mit Wohnsitz außerhalb Brandenburgs (2017)	Anteil
Dahme-Spreewald	4.558	11,1%
Potsdam, Stadt	4.350	10,6%
Elbe-Elster	3.570	8,7%
Märkisch-Oderland	3.460	8,4%
Oberhavel	2.841	6,9%
Barnim	2.818	6,9%
Oder-Spree	2.305	5,6%
Uckermark	2.245	5,5%
Brandenburg an der Havel, Stadt	1.922	4,7%
Teltow-Fläming	1.788	4,4%
Ostprignitz-Ruppin	1.785	4,4%
Havelland	1.736	4,2%
Cottbus, Stadt	1.599	3,9%
Oberspreewald-Lausitz	1.392	3,4%
Prignitz	1.303	3,2%
Frankfurt (Oder), Stadt	1.203	2,9%
Potsdam-Mittelmark	1.064	2,6%
Spree-Neiße	1.063	2,6%
insgesamt	41.002	100%
unbekannt (außerhalb BB)	243	
Berlin	40	

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

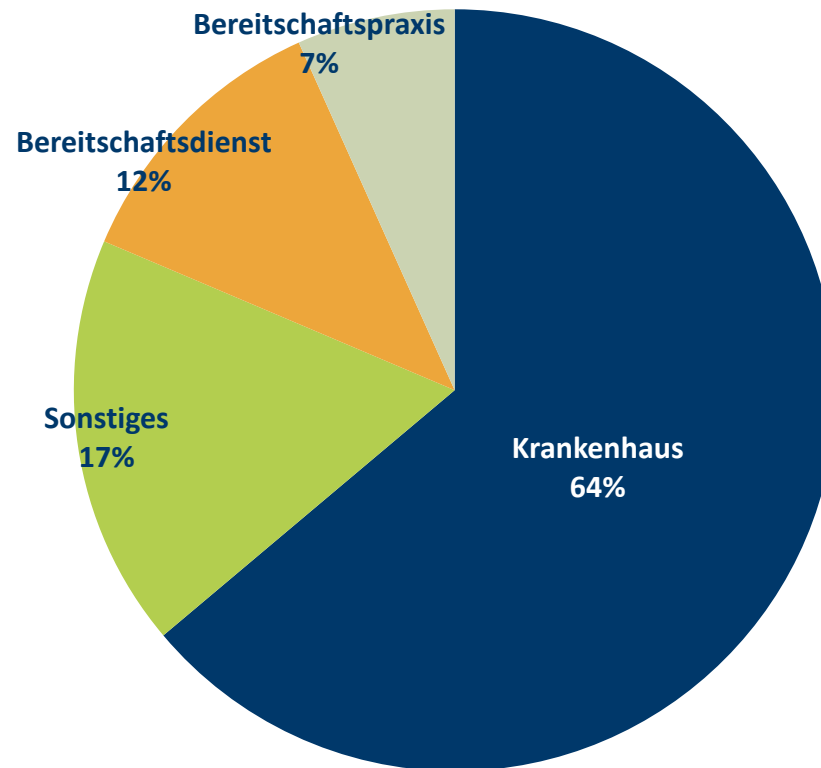
Ambulante Not-/Akutfälle mit Behandlungsort in Brandenburg, Anteil in-/auswärtige Wohnorte (2017)



Behandlungsort	Fälle insg.	Wohnort in			Anteil mit Wohnort in		
		derselben Region	anderen Regionen Brandenburgs	außerhalb Brandenburgs	derselben Region	anderen Regionen Brandenburgs	außerhalb Brandenburgs
Brandenburg an der Havel, Stadt	24.059	15.224	6.913	1.922	63,3%	28,7%	8,0%
Cottbus, Stadt	33.705	21.322	10.784	1.599	63,3%	32,0%	4,7%
Frankfurt (Oder), Stadt	18.926	9.112	8.611	1.203	48,1%	45,5%	6,4%
Potsdam, Stadt	58.800	32.362	22.088	4.350	55,0%	37,6%	7,4%
Barnim	39.224	31.305	5.101	2.818	79,8%	13,0%	7,2%
Dahme-Spreewald	45.885	31.259	10.068	4.558	68,1%	21,9%	9,9%
Elbe-Elster	26.554	21.712	1.272	3.570	81,8%	4,8%	13,4%
Havelland	25.782	23.035	1.011	1.736	89,3%	3,9%	6,7%
Märkisch-Oderland	40.358	30.873	6.025	3.460	76,5%	14,9%	8,6%
Oberhavel	38.380	33.178	2.361	2.841	86,4%	6,2%	7,4%
Oberspreewald-Lausitz	21.269	17.370	2.507	1.392	81,7%	11,8%	6,5%
Oder-Spree	33.189	27.677	3.207	2.305	83,4%	9,7%	6,9%
Ostprignitz-Ruppin	22.317	18.832	1.700	1.785	84,4%	7,6%	8,0%
Potsdam-Mittelmark	14.306	11.292	1.950	1.064	78,9%	13,6%	7,4%
Prignitz	15.599	12.977	1.319	1.303	83,2%	8,5%	8,4%
Spree-Neiße	14.345	11.791	1.491	1.063	82,2%	10,4%	7,4%
Teltow-Fläming	28.299	24.401	2.110	1.788	86,2%	7,5%	6,3%
Uckermark	26.784	23.307	1.232	2.245	87,0%	4,6%	8,4%
	527.781	397.029	89.750	41.002			
		75,2%	17,0%	7,8%			

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

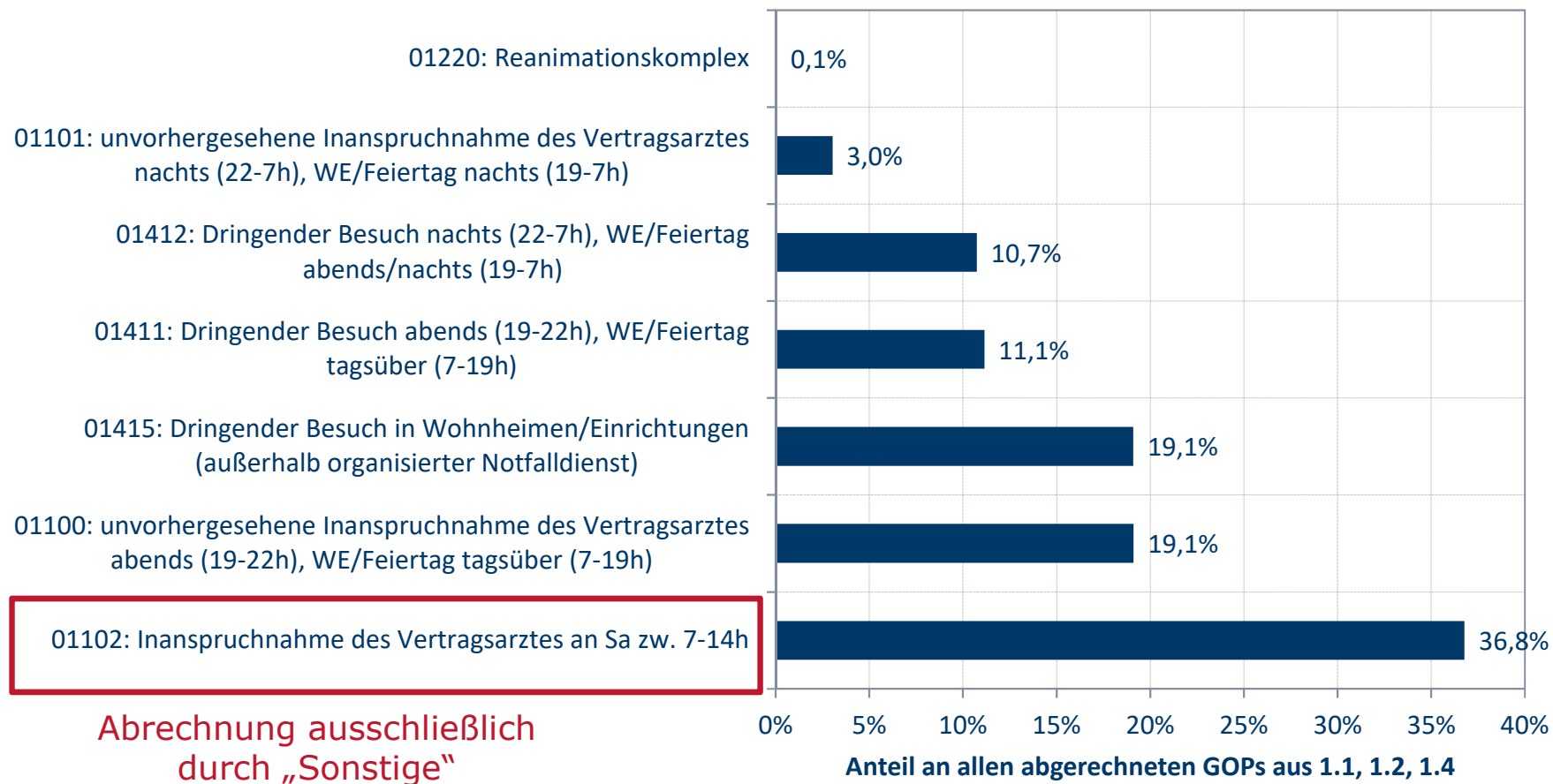
Verteilung der ambulanten Not-/Akutfälle nach Leistungserbringern (1/2015-2/2018)



Quelle: iGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Fokus: Leistungserbringer „Sonstige“

Struktur der abgerechneten GOP (2017)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Regionale Verteilung

bevölkerungsbezogene Häufigkeit (2017)

Region	Bevölkerung (31.12.2017)	ambulante Notfälle	Notfallhäufigkeit je 1.000 Einw.
Brandenburg an der Havel, Stadt	71.886	17.179	239,0
Cottbus, Stadt	101.036	24.733	244,8
Frankfurt (Oder), Stadt	58.237	9.617	165,1
Potsdam, Stadt	175.710	34.467	196,2
Barnim	180.864	35.878	198,4
Dahme-Spreewald	167.319	37.265	222,7
Elbe-Elster	103.455	24.413	236,0
Havelland	160.710	26.564	165,3
Märkisch-Oderland	192.921	38.250	198,3
Oberhavel	209.893	36.084	171,9
Oberspreewald-Lausitz	111.122	23.831	214,5
Oder-Spree	178.347	40.300	226,0
Ostprignitz-Ruppin	99.368	20.893	210,3
Potsdam-Mittelmark	213.214	30.062	141,0
Prignitz	77.263	13.532	175,1
Spree-Neiße	115.456	21.789	188,7
Teltow-Fläming	166.890	30.702	184,0
Uckermark	120.349	24.642	204,8
unbekannt		41.285	
	2.504.040	531.486	212,3

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Regionale Verteilung

bevölkerungsbezogene Häufigkeit je 1.000 Einw. (2015)



	ambulante Not-/Akutfälle		stationäre Notfälle	ASK
	Krankenhaus	Bereitschaftsdienst/-praxis		
Brandenburg an der Havel, Stadt	163,8	60,2	98,7	25,5
Cottbus, Stadt	84,2	128,4	91,6	19,8
Frankfurt (Oder), Stadt	102,6	41,3	108,4	25,7
Potsdam, Stadt	121,3	37,3	75,3	19,5
Barnim	130,4	45,4	72,9	23,6
Dahme-Spreewald	178,0	15,5	94,1	27,8
Elbe-Elster	134,2	45,5	134,6	47,9
Havelland	134,1	19,8	91,4	30,5
Märkisch-Oderland	129,6	38,6	85,3	29,6
Oberhavel	140,0	15,5	73,5	24,7
Oberspreewald-Lausitz	137,7	31,3	118,5	32,5
Oder-Spree	155,8	31,9	110,9	29,1
Ostprignitz-Ruppin	134,9	34,7	114,5	32,1
Potsdam-Mittelmark	86,0	24,3	68,7	23,0
Prignitz	82,8	52,5	125,8	40,8
Spree-Neiße	108,6	59,8	109,5	33,5
Teltow-Fläming	129,3	19,0	98,4	27,7
Uckermark	166,6	26,2	117,4	38,3
Brandenburg	130,3	36,3	95,0	28,7

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen; KV Brandenburg

Regionale Verteilung

Leistungserbringerstruktur ambulante NAV (2017)



	Krankenhaus	Bereitschaftspraxis	Bereitschaftsdienst	Sonstiges
Brandenburg an der Havel, Stadt	65,4%	25,1% ●	3,6%	5,8%
Cottbus, Stadt	32,8%	30,7% ●	24,3%	12,2%
Frankfurt (Oder), Stadt	65,3%	0,1% ⊘	7,6%	26,9%
Potsdam, Stadt	51,2%	15,9% ●	6,2%	26,7%
Barnim	61,9%	12,4% ● ⊘	10,8%	14,9%
Dahme-Spreewald	70,6%	12,6% ●	5,6%	11,3%
Elbe-Elster	57,8%	0,2%	16,1%	25,9%
Havelland	76,7%	1,1%	12,2%	10,0%
Märkisch-Oderland	61,7%	6,6% ●	14,7%	16,9%
Oberhavel	77,4%	0,2%	9,0%	13,5%
Oberspreewald-Lausitz	65,2%	2,2%	13,9%	18,7%
Oder-Spree	66,7%	3,8%	10,0%	19,4%
Ostprignitz-Ruppin	66,3%	0,1%	16,7%	16,9%
Potsdam-Mittelmark	55,6%	9,2%	9,3%	25,9%
Prignitz	50,6%	0,1%	32,4%	16,8%
Spree-Neiße	51,9%	13,2%	21,0%	14,0%
Teltow-Fläming	64,4%	2,0%	10,0%	23,6%
Uckermark	73,0%	0,9% ⊘	12,2%	13,9%
unbekannt	73,2%	7,2%	7,8%	11,8%
Brandenburg	63,4%	7,7%	11,9%	17,0%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg



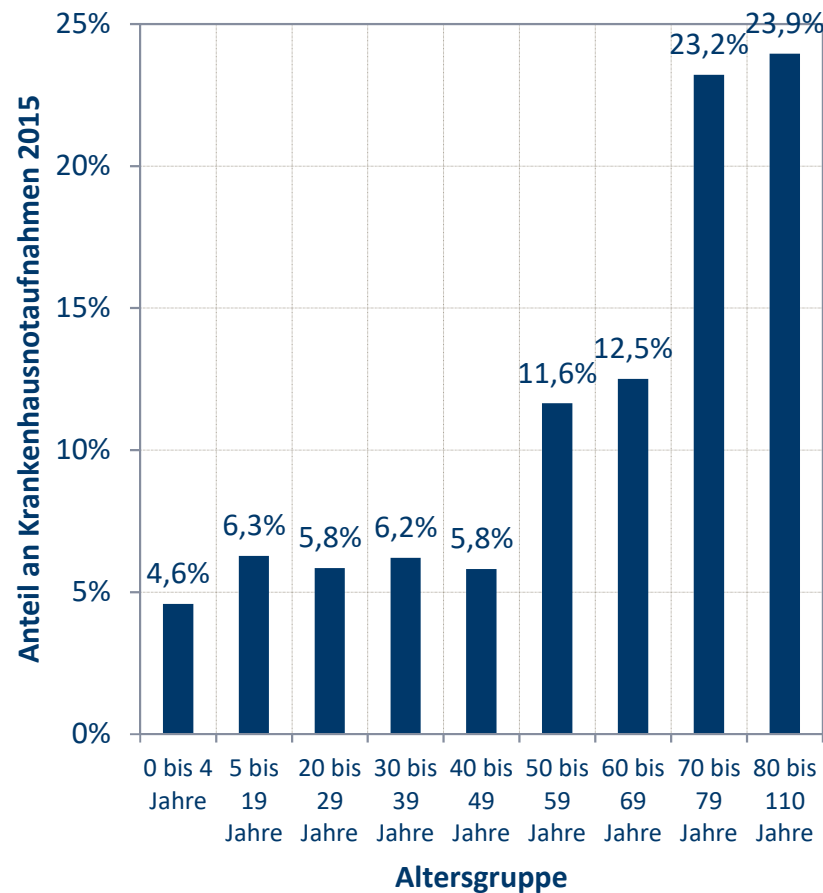
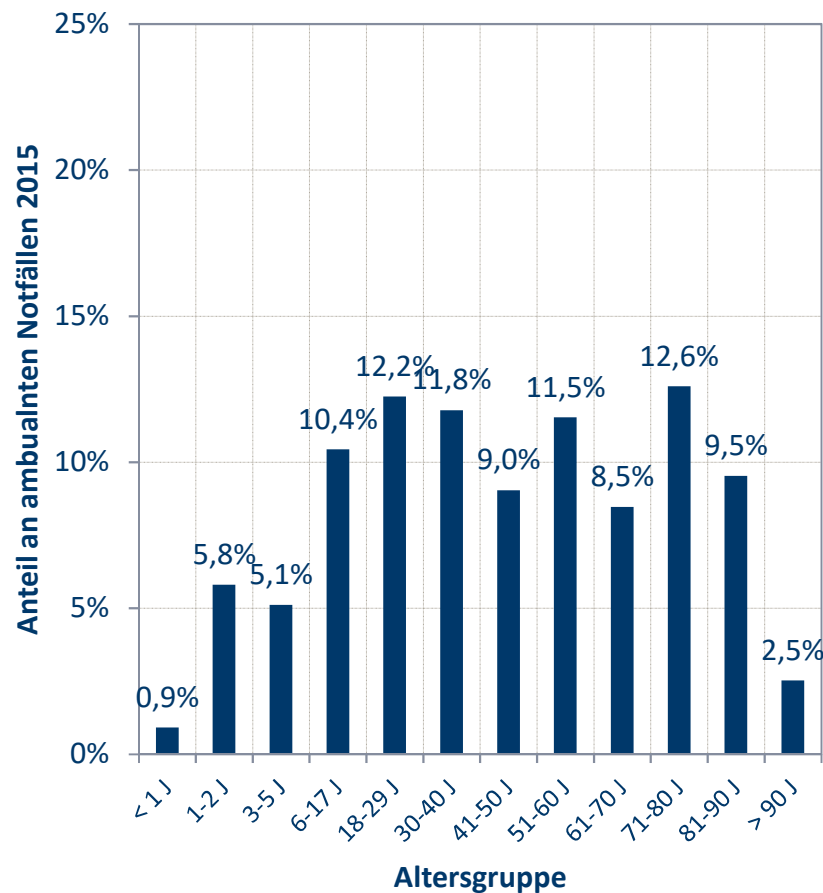
= Ärztliche Bereitschaftspraxis



= Ärztliche Bereitschaftspraxis (ab 2018)

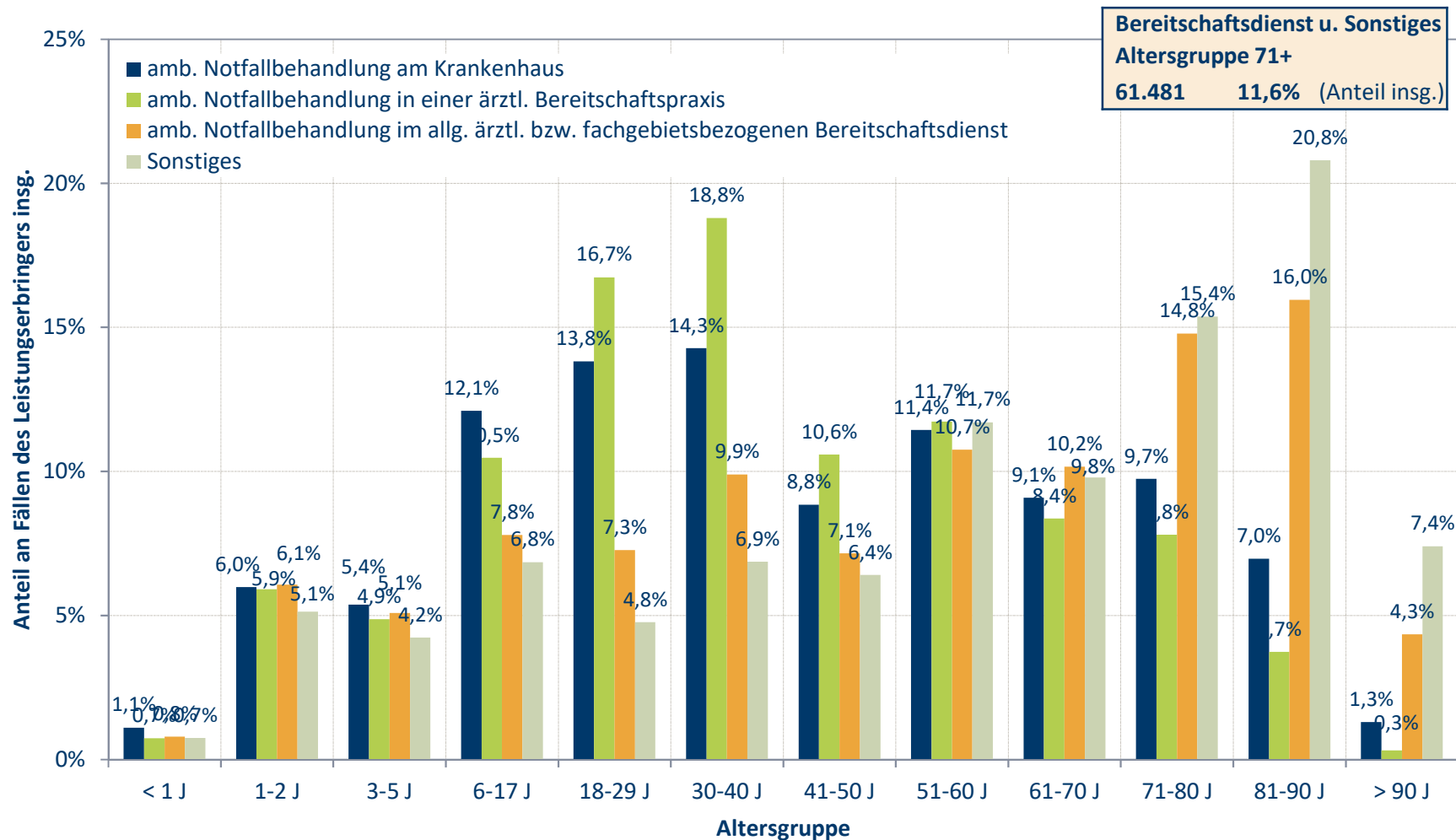
Altersstruktur der Not-/Akutfälle

ambulante und stationäre im Vergleich (2015)



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DRG-Statistik 2015, eigene Berechnungen; KV Brandenburg

Altersstruktur der Not-/Akutfälle nach Leistungserbringern (2017)

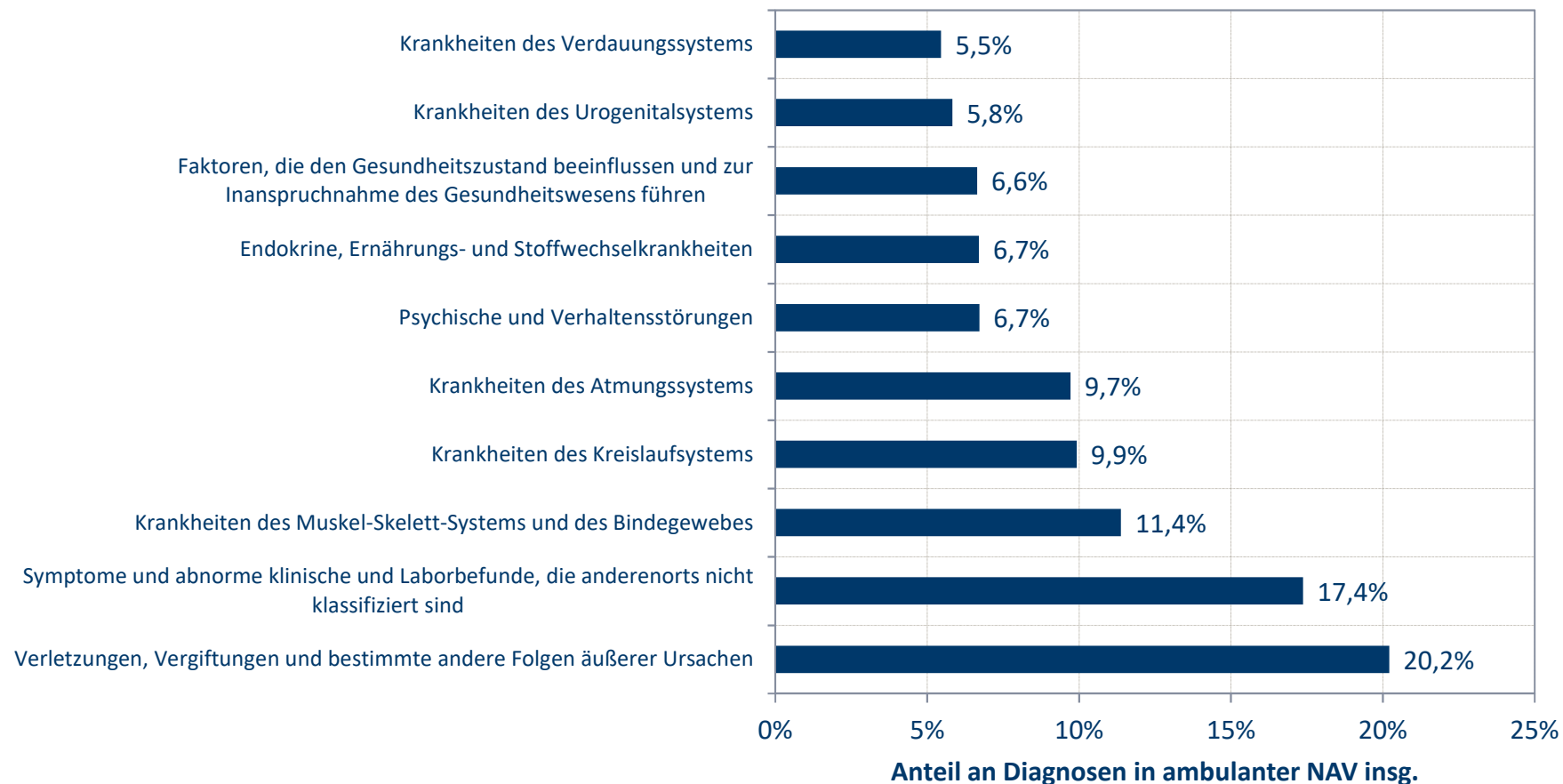


**Bereitschaftsdienst u. Sonstiges
Altersgruppe 71+
61.481 11,6% (Anteil insg.)**

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

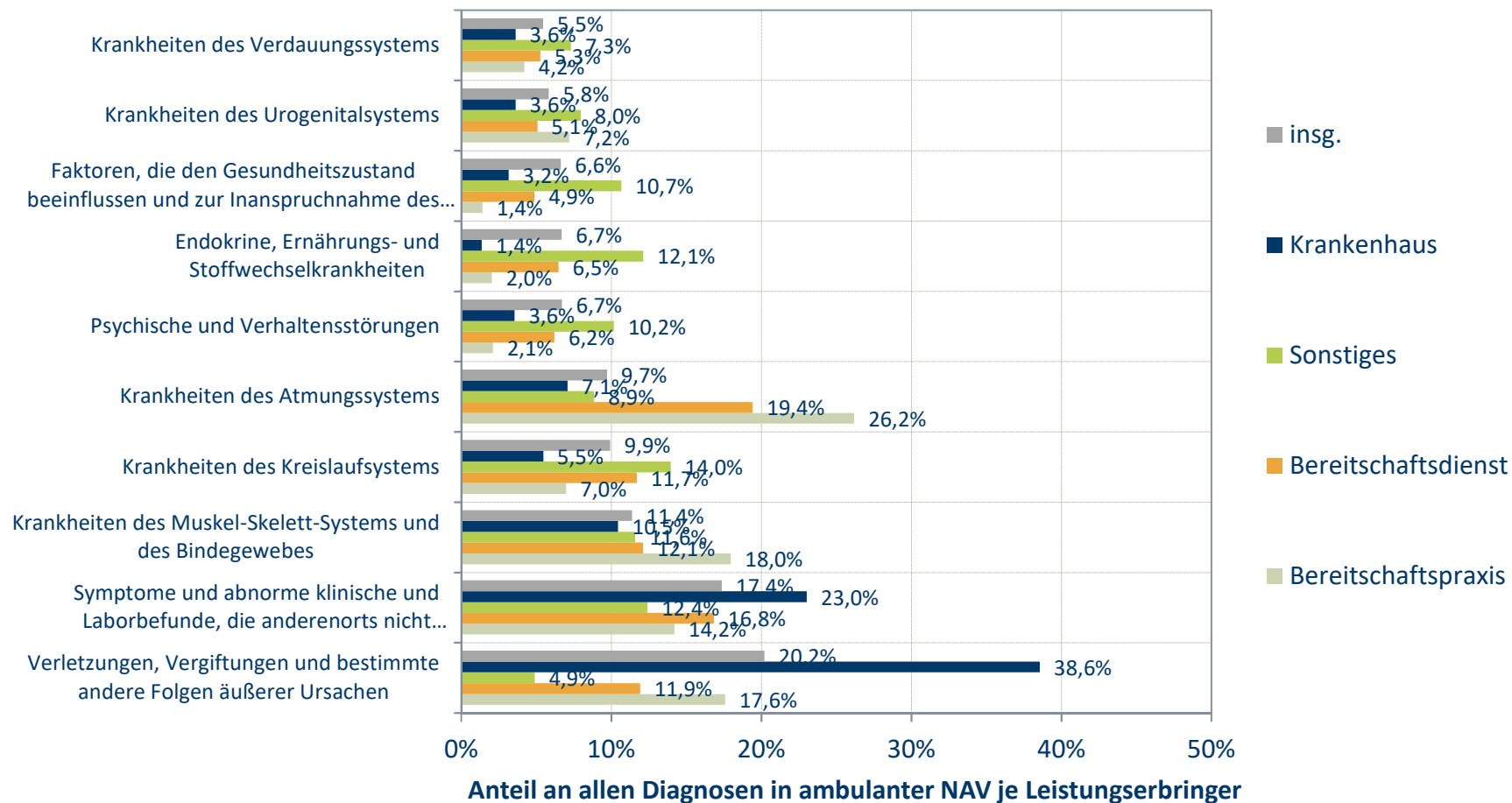
Diagnosestruktur der ambulanten NAV

ICD-2-Steller (2017)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Diagnosestruktur nach Leistungserbringer ambulante NAV, ICD-2-Steller (2017)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Anteil Leistungserbringer an Diagnosen ambulante NAV, ICD-2-Steller (2017)

Diagnosen der ambulanten NAV (ICD-2-Steller)	Anzahl	Krankenhaus	Sonstiges	BD/-praxis
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	161.611	80,5%	10,9%	8,6%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	138.927	55,9%	32,1%	12,0%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	90.991	38,7%	45,7%	15,5%
Krankheiten des Kreislaufsystems	79.363	23,3%	63,1%	13,6%
Krankheiten des Atmungssystems	77.693	30,8%	40,9%	28,2%
Psychische und Verhaltensstörungen	53.751	22,3%	67,8%	9,9%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	53.614	8,6%	81,2%	10,2%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	53.142	20,1%	72,1%	7,7%
Krankheiten des Urogenitalsystems	46.679	26,3%	61,2%	12,5%
Krankheiten des Verdauungssystems	43.668	28,1%	60,1%	11,8%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Diagnosestruktur der ambulanten NAV

TOP 20 der ICD-3-Steller (2017)

Diagnosen (ICD-3-Steller)	Anzahl	Anteil
Allgemeinsymptome	58.862	5,3%
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	57.179	5,2%
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	48.631	4,4%
Akute Infektionen der oberen Atemwege	42.289	3,8%
Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	39.639	3,6%
Arthropathien	39.254	3,6%
Stoffwechselstörungen	28.991	2,6%
Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	27.911	2,5%
Sonstige Formen der Herzkrankheit	27.906	2,5%
Verletzungen des Kopfes	27.866	2,5%
Diabetes mellitus	26.612	2,4%
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	26.350	2,4%
Personen mit pot. Gesundheitsrisiken aufgrund Familien-/Eigenanamnese u. bestimmte Zustände...	23.470	2,1%
Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	22.104	2,0%
Krankheiten der Weichteilgewebe	21.967	2,0%
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	20.663	1,9%
Ischämische Herzkrankheiten	20.065	1,8%
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	19.546	1,8%
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	19.519	1,8%
Symptome, die das Harnsystem betreffen	19.260	1,7%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Diagnosestruktur der ambulanten NAV

TOP 20 der ICD-3-Steller (2017) nach Leistungserbringer



Diagnosen (ICD-3-Steller)	Anzahl	Krankenhaus	BD/-praxis	Sonstige
Allgemeinsymptome	58.862	49,7%	9,2%	41,1%
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	57.179	16,0%	12,1%	71,9%
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	48.631	31,2%	17,4%	51,5%
Akute Infektionen der oberen Atemwege	42.289	40,0%	32,1%	27,9%
Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	39.639	58,2%	13,9%	27,8%
Arthropathien	39.254	26,9%	9,6%	63,5%
Stoffwechselstörungen	28.991	9,3%	6,9%	83,8%
Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	27.911	61,4%	11,8%	26,7%
Sonstige Formen der Herzkrankheit	27.906	10,8%	10,2%	79,1%
Verletzungen des Kopfes	27.866	89,1%	6,4%	4,4%
Diabetes mellitus	26.612	4,7%	11,8%	83,5%
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	26.350	93,2%	4,9%	1,9%
Personen mit pot. Gesundheitsrisiken aufgrund Familien-/Eigenanamnese...	23.470	14,5%	11,0%	74,5%
Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten...	22.104	66,9%	15,4%	17,7%
Krankheiten der Weichteilgewebe	21.967	44,7%	12,2%	43,1%
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	20.663	90,8%	6,2%	3,0%
Ischämische Herzkrankheiten	20.065	6,9%	8,1%	85,0%
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	19.546	12,1%	9,5%	78,4%
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	19.519	12,6%	17,3%	70,2%
Symptome, die das Harnsystem betreffen	19.260	24,5%	5,7%	69,8%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Diagnosestruktur der ambulanten NAV

TOP 20 der ICD-3-Steller (2017): Krankenhaus



Diagnosen (ICD-3-Steller)	Anzahl	Anteil an insg.
Allgemeinsymptome	29.245	7,8%
Verletzungen des Kopfes	24.835	6,6%
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	24.560	6,5%
Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	23.087	6,1%
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	18.759	5,0%
Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	17.146	4,5%
Akute Infektionen der oberen Atemwege	16.925	4,5%
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	15.160	4,0%
Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten o.a. ...	14.790	3,9%
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	12.362	3,3%
Arthropathien	10.558	2,8%
Krankheiten der Weichteilgewebe	9.828	2,6%
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	9.691	2,6%
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	9.147	2,4%
Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	7.747	2,1%
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	6.384	1,7%
Symptome, die Erkennungs-/Wahrnehmungsvermögen, Stimmung und Verhalten betreffen	6.294	1,7%
Verletzungen des Thorax	6.230	1,7%
Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts n.k.	5.775	1,5%
Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5.517	1,5%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Diagnosestruktur der ambulanten NAV

TOP 20 der ICD-3-Steller (2017): Bereitschaftspraxis



Diagnosen (ICD-3-Steller)	Anzahl	Anteil an insg.
Akute Infektionen der oberen Atemwege	5.183	18,2%
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	2.915	10,3%
Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten o.a. Körperregionen	1.821	6,4%
Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	1.618	5,7%
Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.582	5,6%
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	1.169	4,1%
Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	994	3,5%
Arthropathien	993	3,5%
Krankheiten der Weichteilgewebe	990	3,5%
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	919	3,2%
Allgemeinsymptome	536	1,9%
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	495	1,7%
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	483	1,7%
Verletzungen des Kopfes	439	1,5%
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	422	1,5%
Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen	416	1,5%
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	415	1,5%
Sonstige Krankheiten des Darmes	392	1,4%
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems	325	1,1%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	316	1,1%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Diagnosestruktur der ambulanten NAV

TOP 20 der ICD-3-Steller (2017): Bereitschaftsdienst



Diagnosen (ICD-3-Steller)	Anzahl	Anteil an insg.
Akute Infektionen der oberen Atemwege	8.390	9,1%
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	5.762	6,3%
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	5.533	6,0%
Allgemeinsymptome	4.883	5,3%
Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	3.904	4,2%
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	2.874	3,1%
Diabetes mellitus	2.836	3,1%
Arthropathien	2.760	3,0%
Sonstige Formen der Herzkrankheit	2.537	2,8%
Personen mit pot. Gesundheitsrisiken aufgr. Familien- od. Eigenanamnese u. bestimmte Zustände	2.501	2,7%
Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	2.311	2,5%
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	2.103	2,3%
Stoffwechselstörungen	1.922	2,1%
Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.872	2,0%
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1.797	1,9%
Krankheiten der Weichteilgewebe	1.685	1,8%
Symptome, die Erkennungs-/Wahrnehmungsvermögen, Stimmung und Verhalten betreffen	1.599	1,7%
Verletzungen n.n.b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	1.589	1,7%
Ischämische Herzkrankheiten	1.477	1,6%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1.399	1,5%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

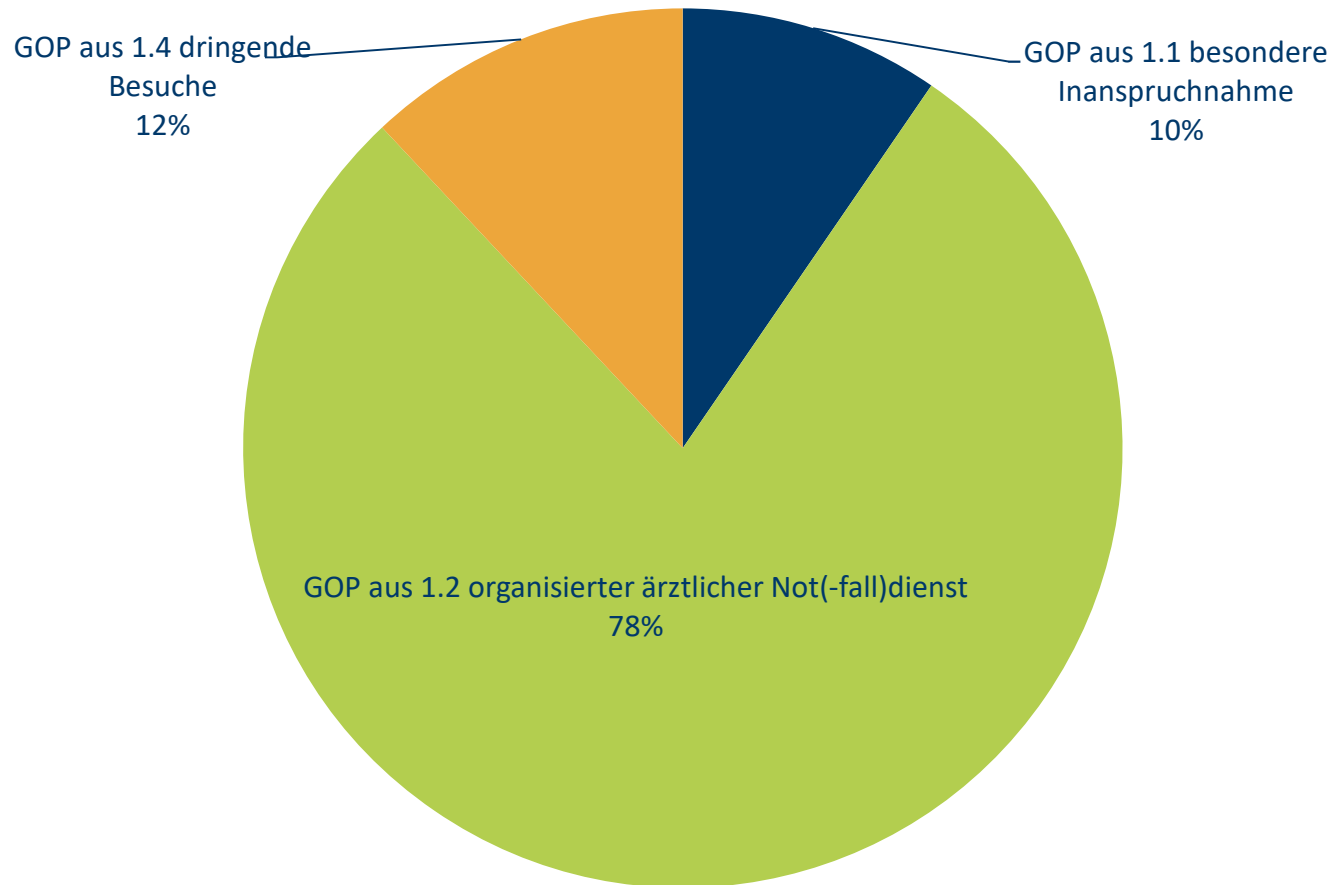
Diagnosestruktur der ambulanten NAV

TOP 20 der ICD-3-Steller (2017): **Sonstige**

Diagnosen (ICD-3-Steller)	Anzahl	Anteil an insg.
Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	41.102	6,8%
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	25.023	4,1%
Arthropathien	24.943	4,1%
Stoffwechselstörungen	24.293	4,0%
Allgemeinsymptome	24.199	4,0%
Diabetes mellitus	22.215	3,7%
Sonstige Formen der Herzkrankheit	22.060	3,6%
Personen mit pot. Gesundheitsrisiken aufgr. Familien- od. Eigenanamnese u. bestimmte Zustände	17.484	2,9%
Ischämische Herzkrankheiten	17.054	2,8%
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	15.333	2,5%
Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	14.938	2,5%
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	13.697	2,3%
Symptome, die das Harnsystem betreffen	13.453	2,2%
Niereninsuffizienz	13.249	2,2%
Affektive Störungen	13.056	2,1%
Krankheiten der Schilddrüse	13.012	2,1%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	12.851	2,1%
Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	12.220	2,0%
Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	12.005	2,0%
Akute Infektionen der oberen Atemwege	11.792	1,9%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

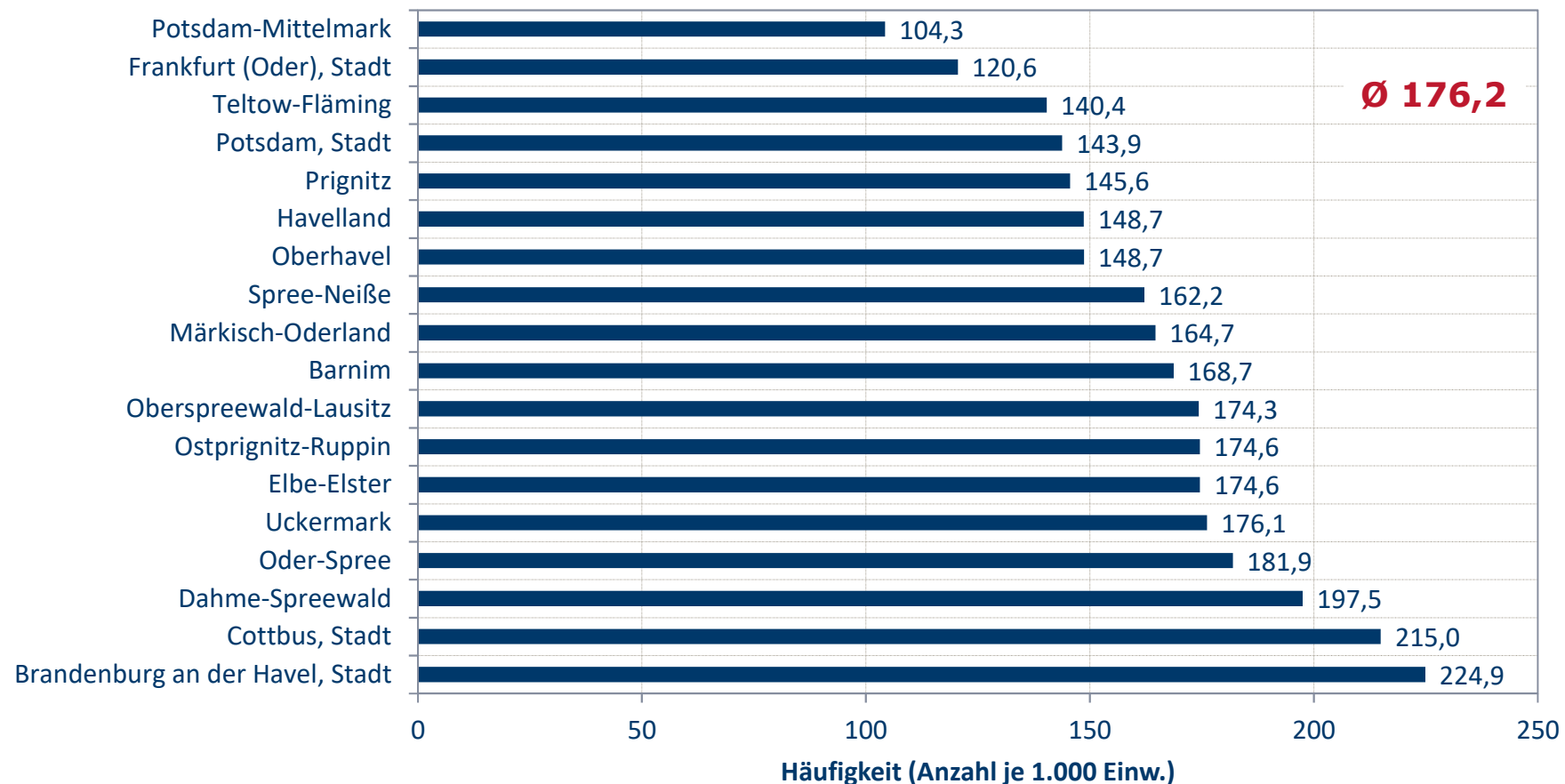
GOP-Struktur der ambulanten NAV (2017)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Regionale Verteilung der ambulanten NAV

Fälle mit GOP für org. ärztl. Not(-fall)dienst EBM 1.2



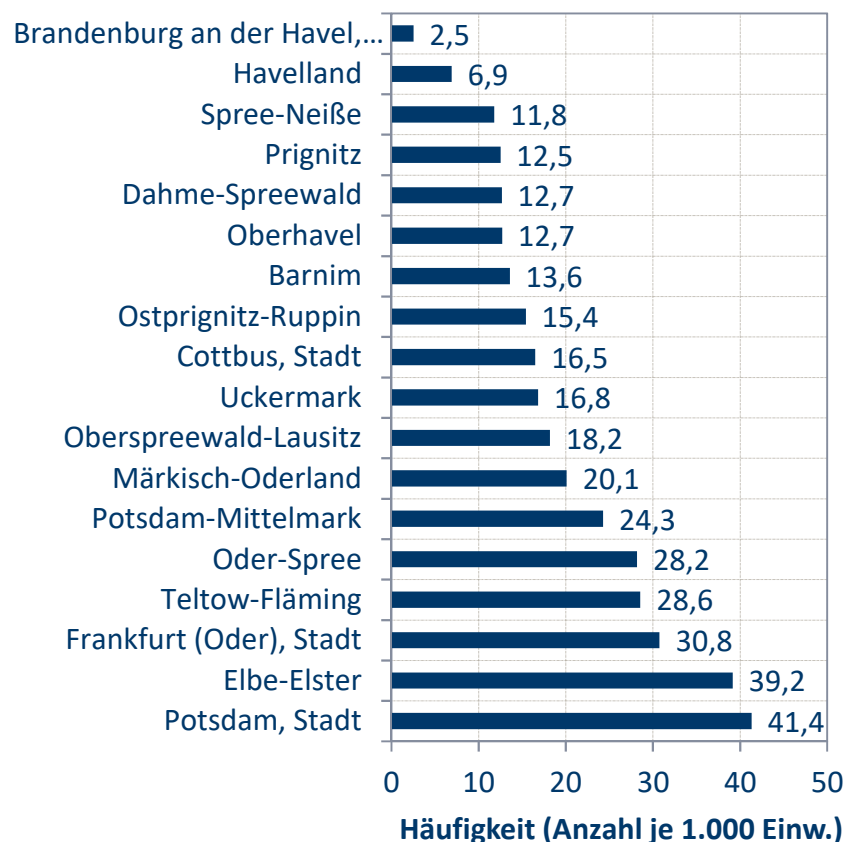
Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Regionale Verteilung der ambulanten NAV

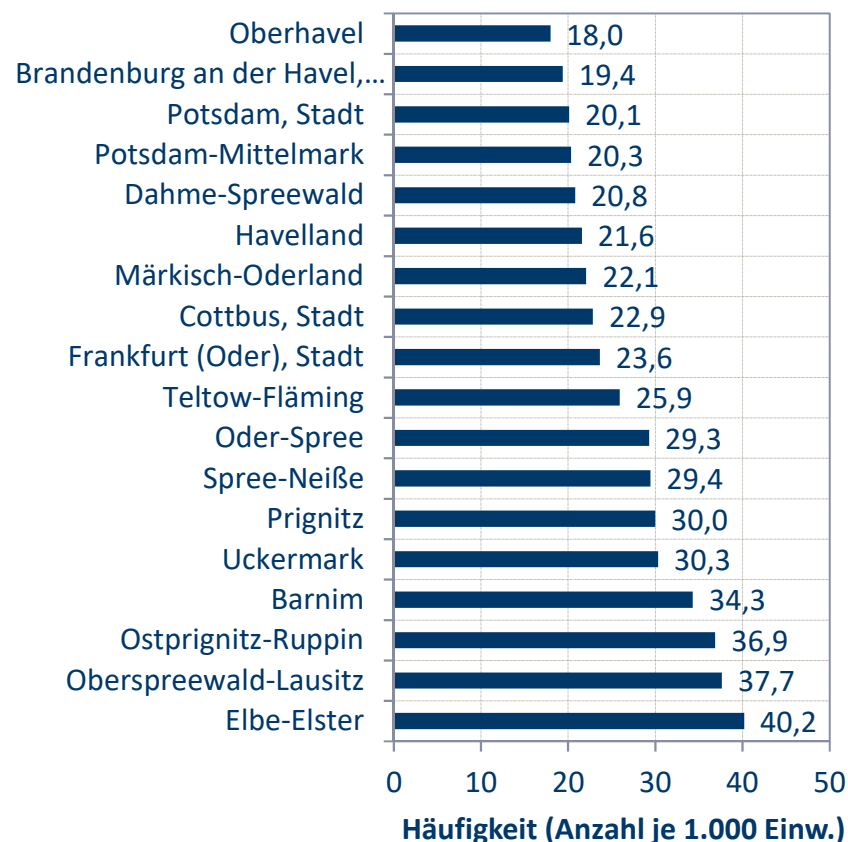
Fälle mit GOP für EBM 1.1 und 1.4



besondere Inanspruchnahme



dringende Besuche



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

GOP-Struktur der ambulanten NAV nach Leistungserbringern (2017)

	EBM 1.1 GOP besondere Inanspruchnahme	EBM 1.2 GOP organisierter ärztlicher Not(-fall)dienst	EBM 1.4 GOP dringender Besuch
amb. Notfallbehandlung am Krankenhaus	0,0%	76,4% Frankfurt/O. 89,5% Cottbus 37,4%	0,0%
amb. Notfallbehandlung in einer ärztl. Bereitschaftspraxis	0,0%	9,3% Cottbus 35,0% Ostprignitz-R. 0,1%	0,1%
amb. Notfallbehandlung im allg. ärztl. bzw. fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienst	0,0%	14,3% Prignitz 39,0% Brandenburg/H. 3,8%	44,5% Uckermark 59,7% MOL 36,4%
Sonstiges	100,0%	0,0%	55,4% MOL 63,6% Uckermark 40,3%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

GOP-Struktur im organisierten Notdienst

tageszeitliche Zuordnung

GOP aus EBM 1.2 organisierter ärztlicher Not(-fall)dienst		Anteil 2017
01207	Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit abends/nachts (19-7h), Sa/So/Feiertag ganztägig	0,7%
01210	Notfallpauschale tagsüber (7-19h) außer Sa/So/Feiertag	33,7%
01212	Notfallpauschale abends/nachts (19-7h), Sa/So/Feiertag ganztägig	60,8%
01216	Notfallkonsultationspauschale II (weiterer Arzt-Patienten-Kontakt) abends (19-22h), Sa/So/Feiertag tagsüber (7-19h)	3,5%
01218	Notfallkonsultationspauschale III (weiterer Arzt-Patienten-Kontakt) nachts (22-7h), Sa/So/Feiertag abends/nachts (19-7h)	1,3%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

GOP-Struktur im organisierten Notdienst

tagezeitliche Zuordnung nach Leistungserbringern (2017)



	01210 Notfallpauschale tagsüber (7-19h) außer Sa/So/Feiertag	01212 Notfallpauschale abends/nachts (19-7h), Sa/So/ Feiertag ganztägig
amb. Notfallbehandlung am Krankenhaus	86,8%	68,6%
amb. Notfallbehandlung in einer ärztl. Bereitschaftspraxis	7,2%	11,5%
amb. Notfallbehandlung im allg. ärztl. bzw. fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienst	6,0%	20,0%
Sonstiges	0,0%	0,0%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

GOP-Zuschläge im organisierten Notdienst

Häufigkeit insg. und nach Leistungserbringern (2017)

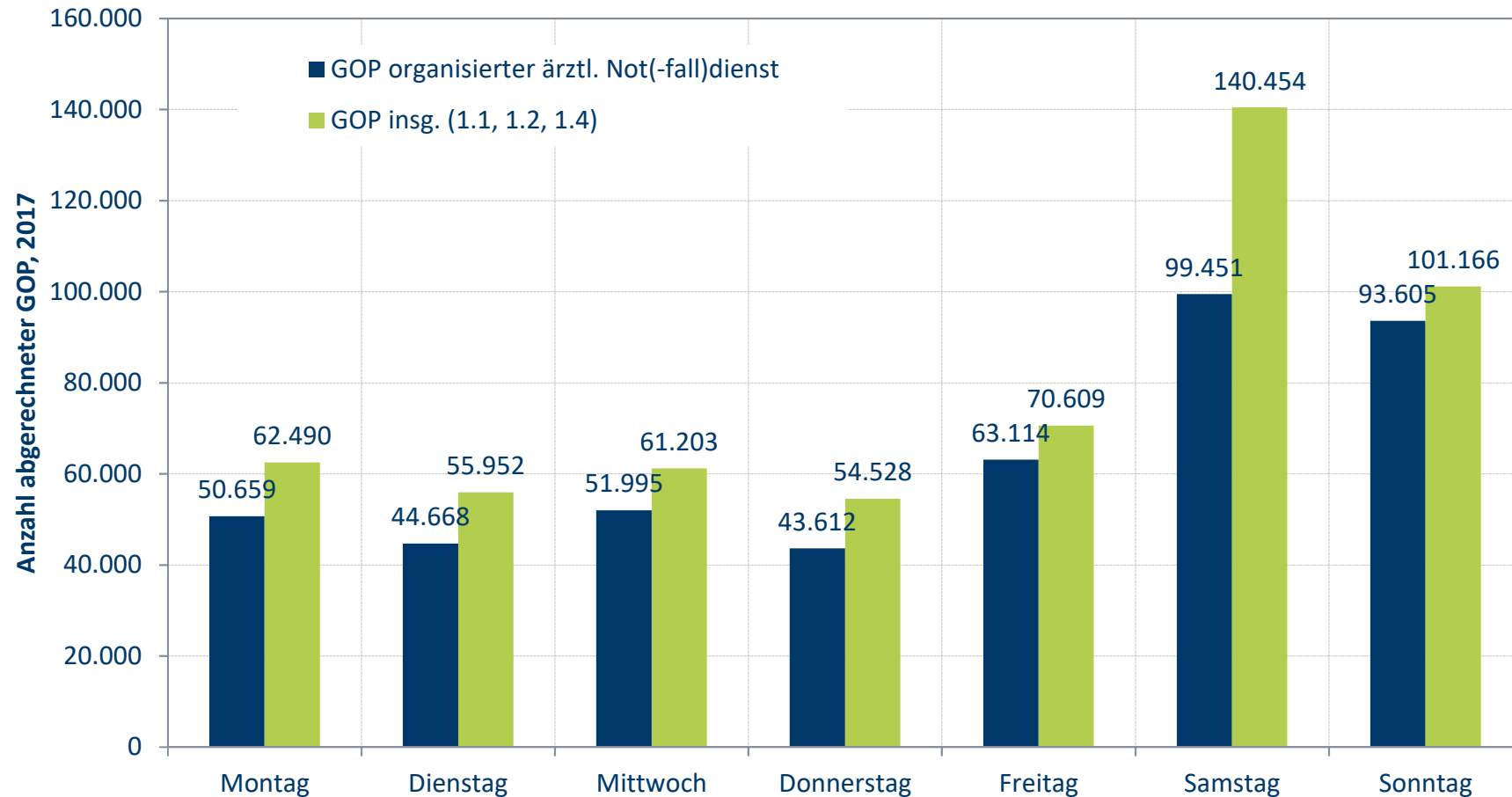


GOP		Anzahl (2017)	Anteil an 01210 bzw. 01212
01223	Zuschlag zu 01210 (tagsüber) schwere/komplexe Behandlungsdiagnosen	5.775	4,0%
01224	Zuschlag zu 01212 (abends/nachts, Sa/So) schwere/komplexe Behandlungsdiagnosen	9.168	3,5%
01226	Zuschlag zu 01212 besondere Patientengruppen	15.748	6,0%

GOP		Kranken- haus	Bereitschafts- praxis	Bereitschafts- dienst
01223	Zuschlag zu 01210 (tagsüber) schwere/komplexe Behandlungsdiagnosen	97,0%	1,7%	1,3%
01224	Zuschlag zu 01212 (abends/nachts, Sa/So) schwere/komplexe Behandlungsdiagnosen	89,5%	3,2%	7,2%
01226	Zuschlag zu 01212 besondere Patientengruppen	75,8%	11,1%	13,0%

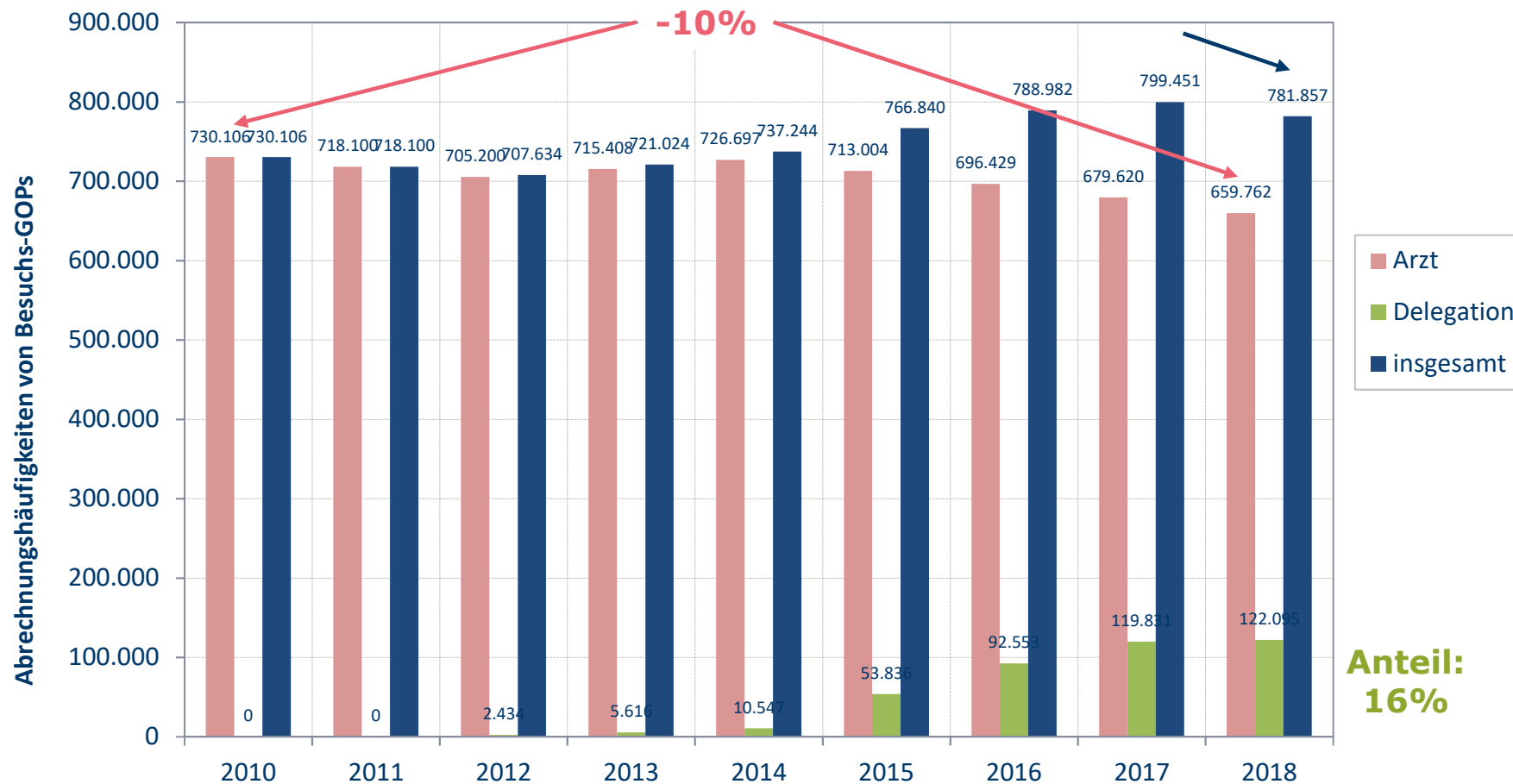
Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Verteilung der GOP für ambulante NAV nach Wochentagen (2017)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Anzahl der Hausbesuche (2010-2018)



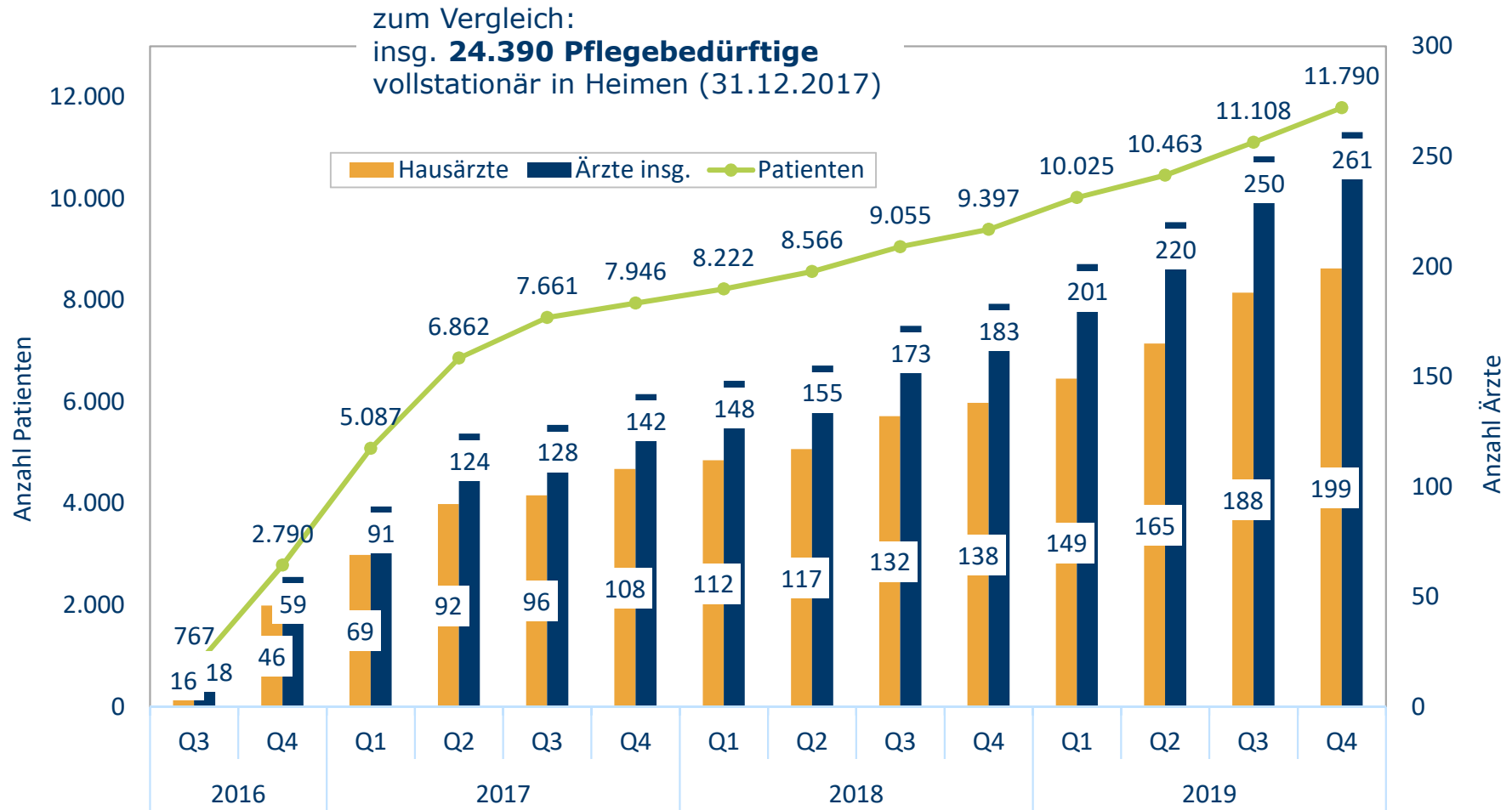
Quelle: IGES auf Basis von Daten der KVBB

Belastung der Vertragsärzte durch Bereitschaftsdienste (Q2/2017 – Q1/2018)

BD-Bezirk	Anzahl 12-h-Dienste im Jahr pro Arzt	Anzahl Dienste im Jahr	Anzahl Fälle pro Dienst
67 insg. einbezogen	<p>Ø 16,7</p> <p>min 2,0 (Potsdam-Babelsberg)</p> <p>max 57,6 (Groß Schönebeck/Joachimsthal)</p>	<p>Ø 519,3</p> <p>min 518,5 (Strausberg)</p> <p>max 544,8 (Elsterwerda)</p>	<p>Ø 1,11</p> <p>min 0,24 Storkow/Bad-Saarow)</p> <p>max 2,88 (Kyritz)</p>

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

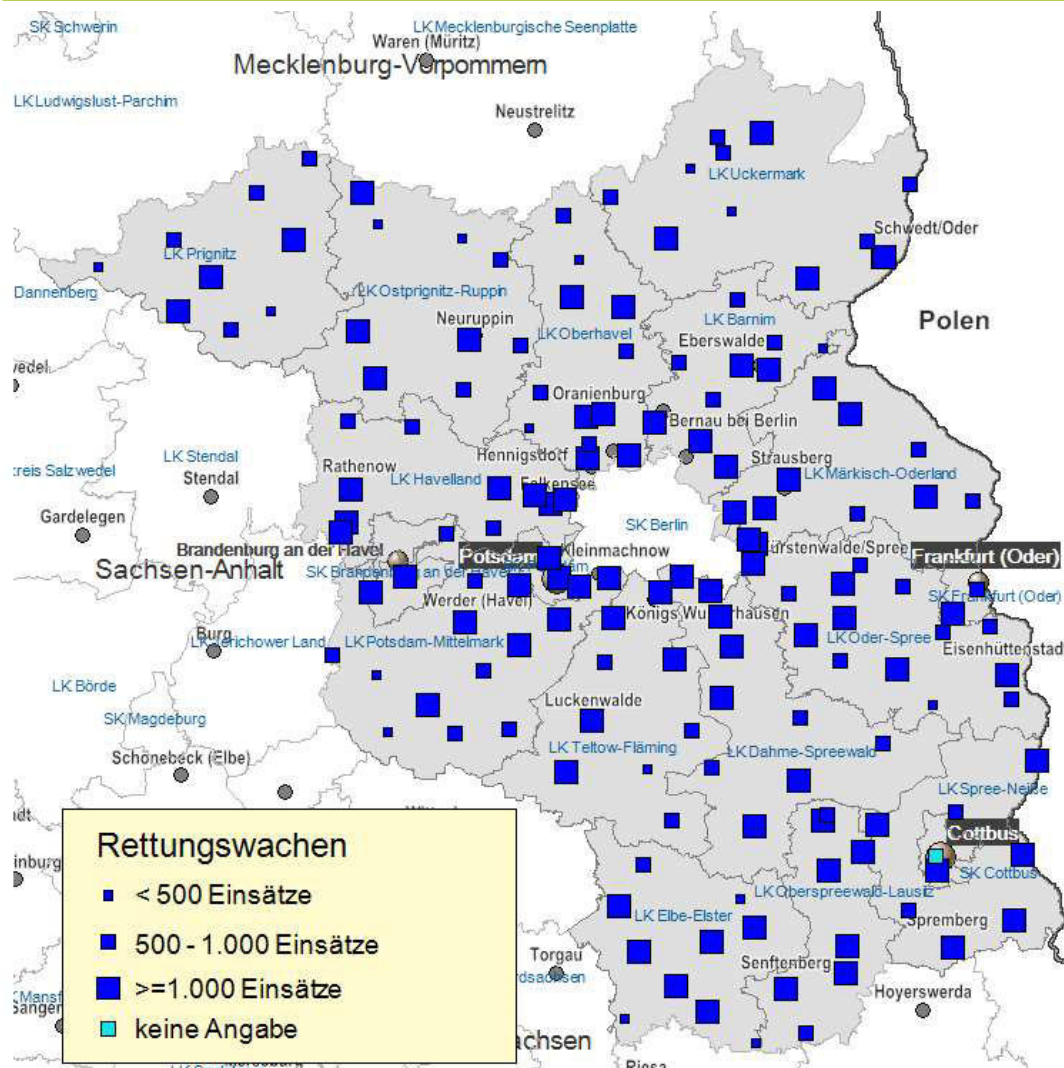
Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg; Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Häufigkeiten (GKV) der GOP des Kapitels 37.2 EBM und Anzahl der aus dem Kapitel abrechnenden Ärzte

6.1.3 Rettungsdienst

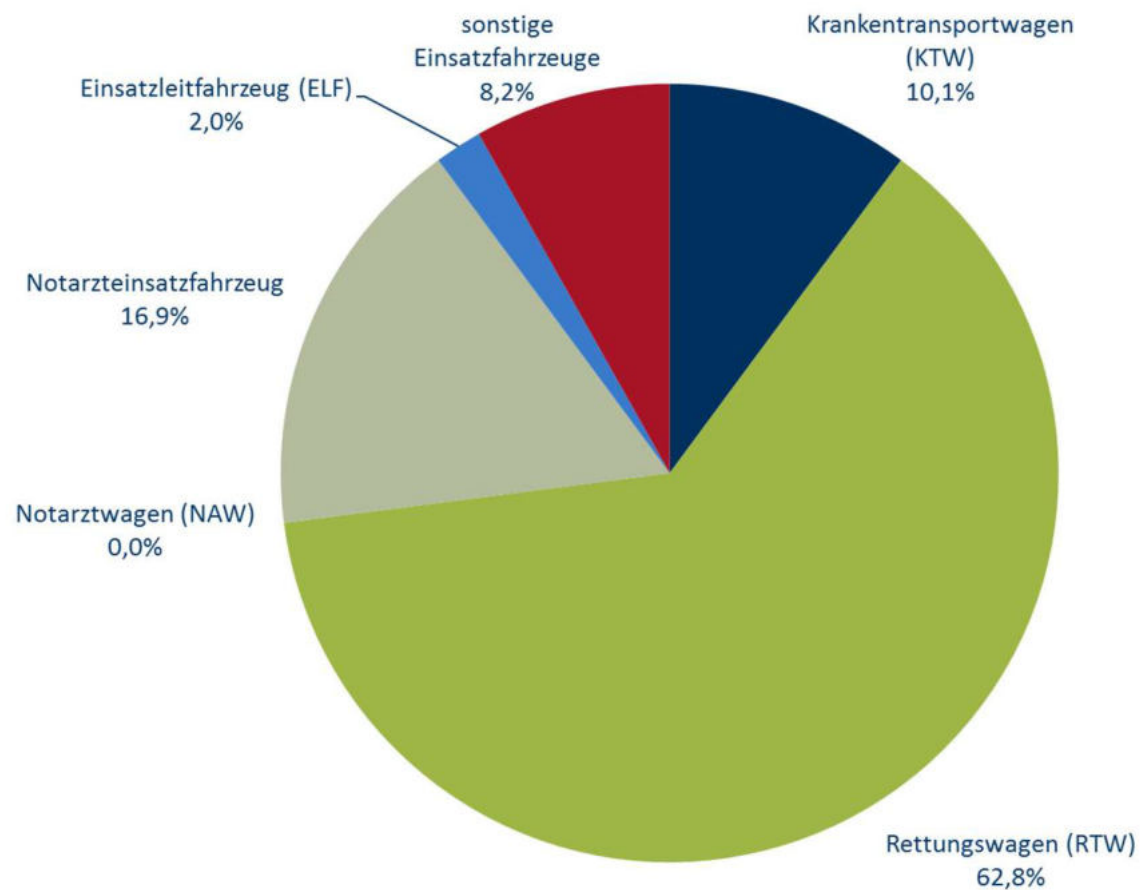
Regionale Verteilung der Rettungswachen, Brandenburg, 2018



- Insgesamt 154 Rettungswachen mit 308.391 Einsätzen (2018)
- Von 132 Wachen (für die entsprechende Daten vorliegen) hatten 28 Wachen im Mittel weniger als einen RTW-Einsatz pro Schicht.

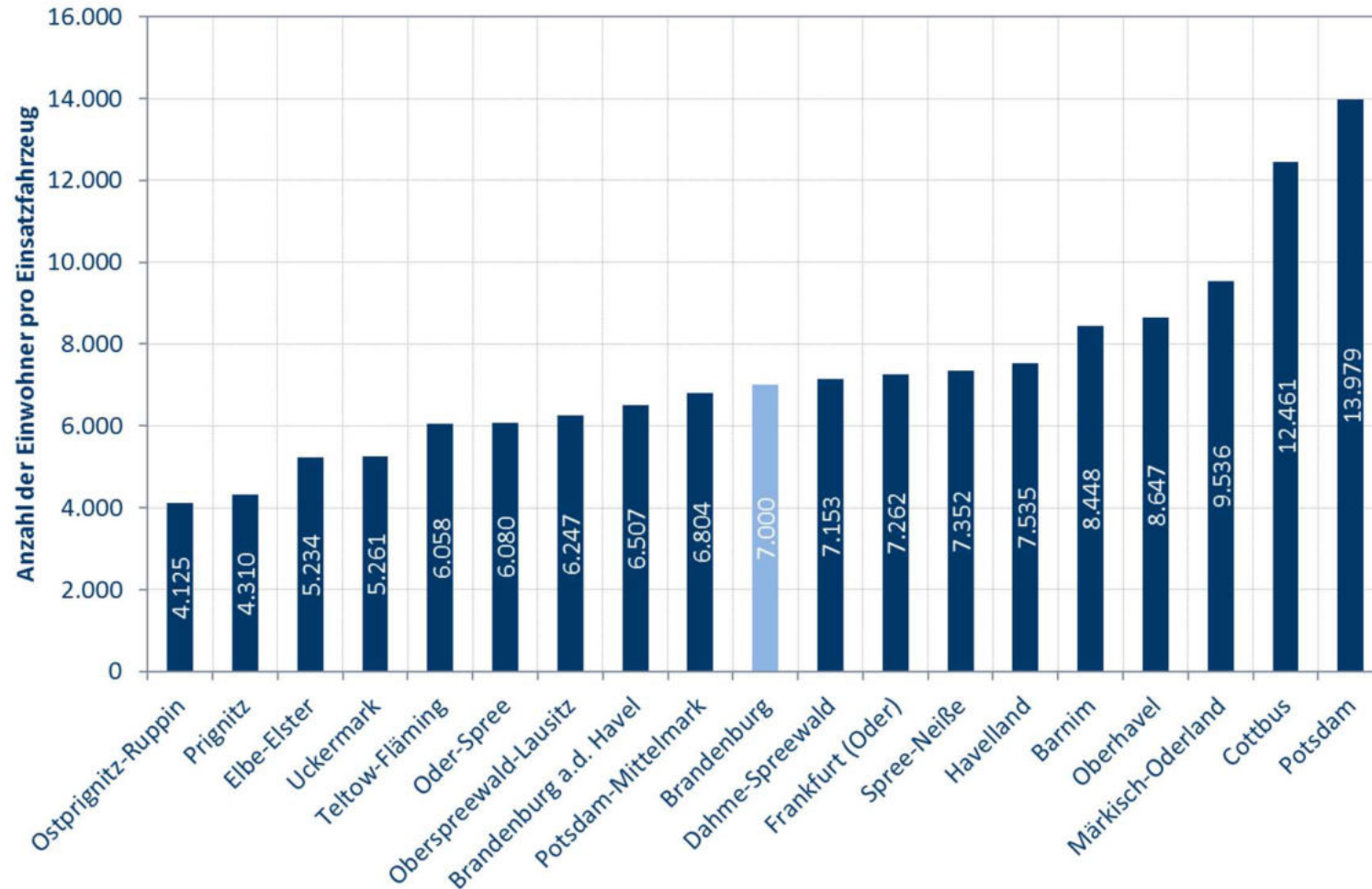
Quelle: IGES

Verteilung der 355 Einsatzfahrzeuge nach Rettungsmittel, Brandenburg, 2016



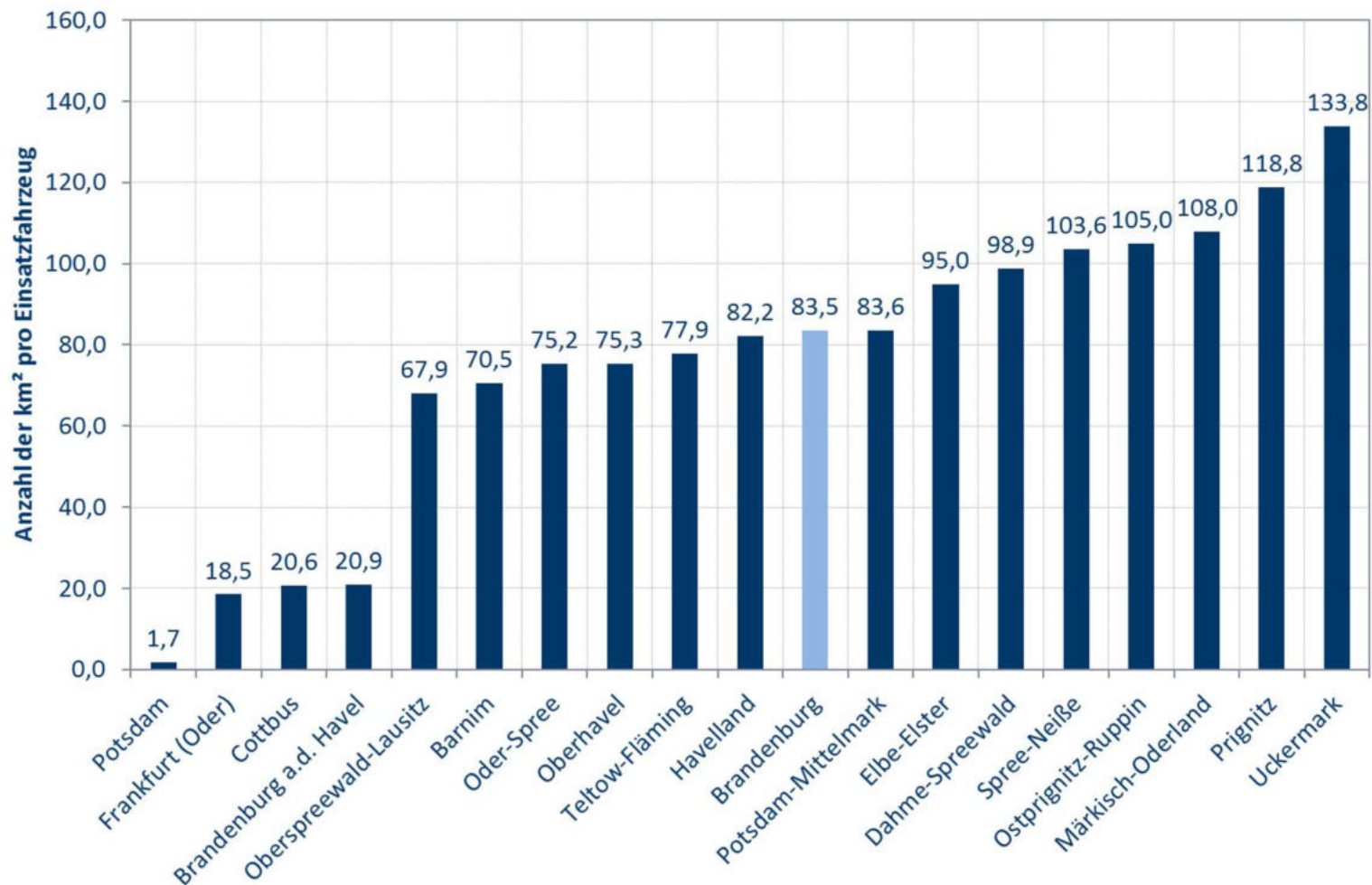
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahr: 2016; n=355, ohne Reservefahrzeuge

Anzahl der Einwohner je Einsatzfahrzeug nach Stadt-/Landkreisen, Brandenburg, 2016



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahr: 2016; ohne Reservefahrzeuge

Fläche (km²) je Einsatzfahrzeug nach Stadt-/Landkreisen, Brandenburg, 2016



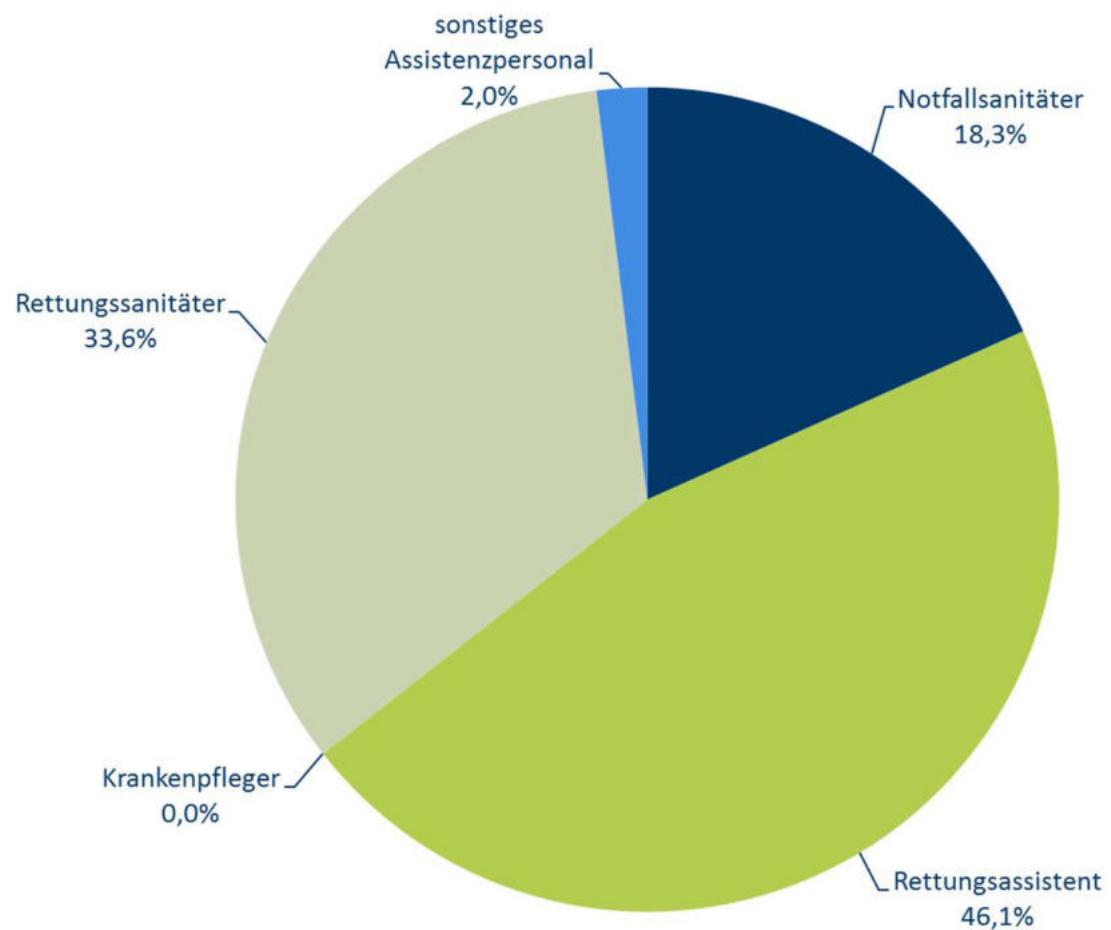
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahr: 2016; ohne Reservefahrzeuge

Verteilung der Notärzte nach beruflichem Status, Brandenburg, 2008 und 2016



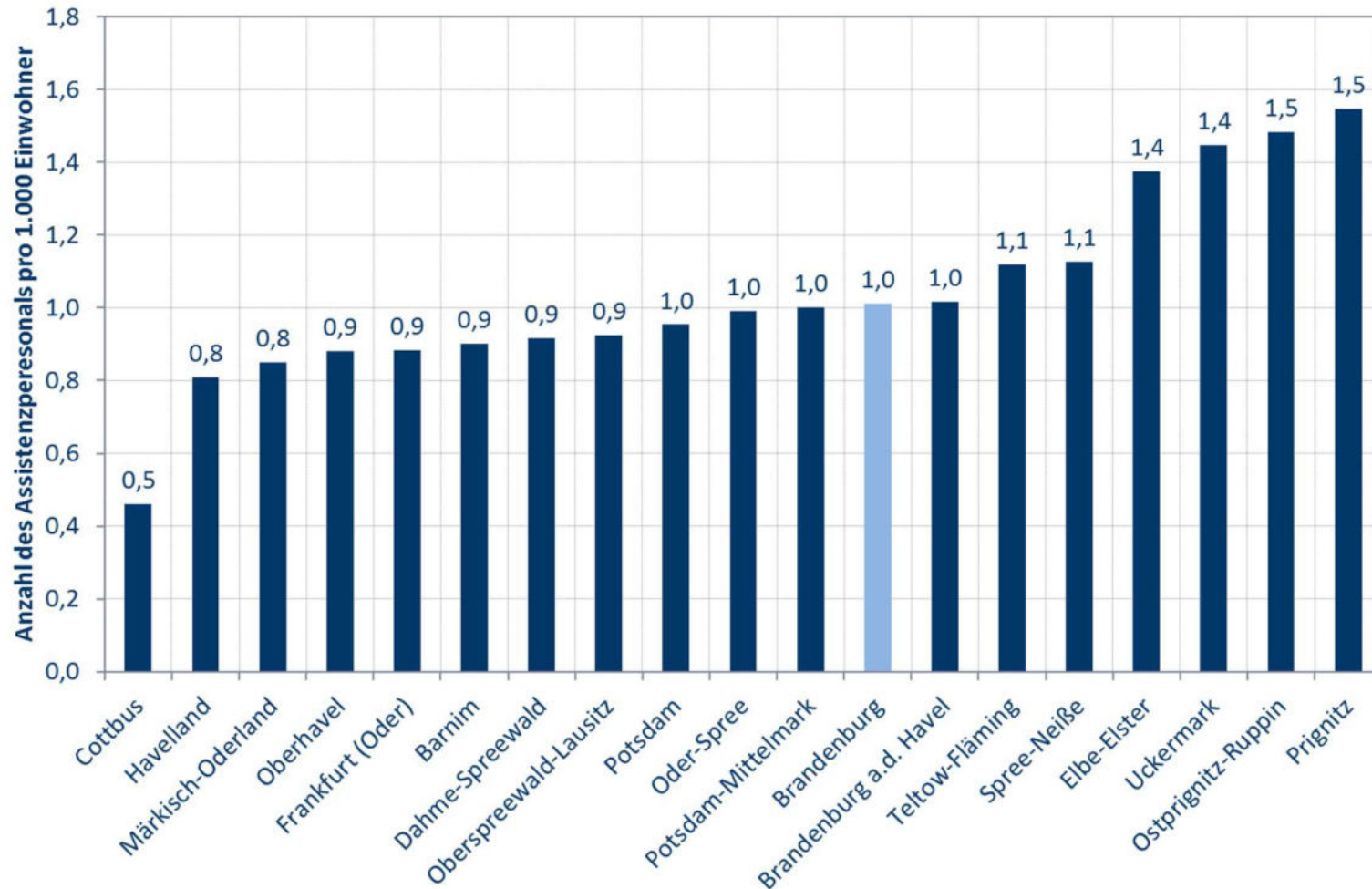
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahre: 2008 und 2016

Verteilung des Rettungsdienst-Assistenzpersonals nach Qualifikation, Brandenburg, 2016



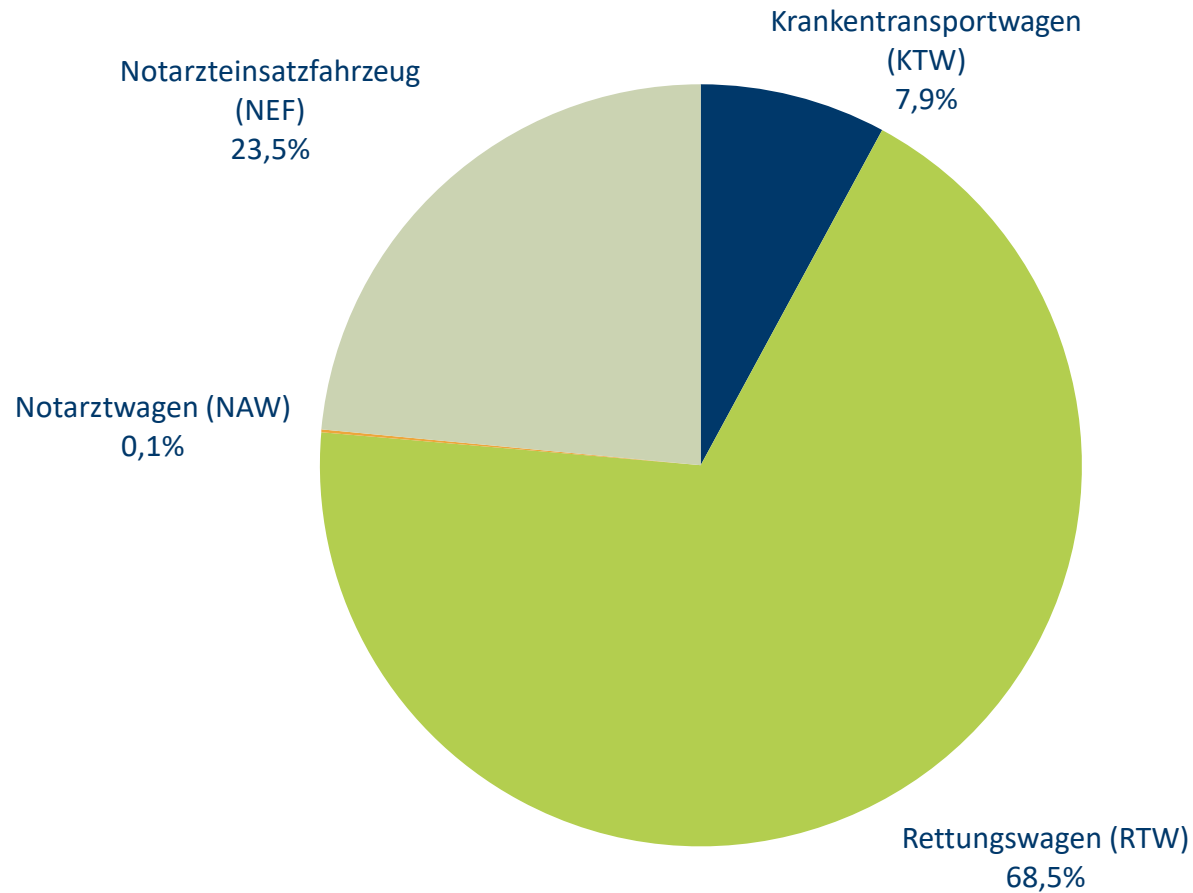
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahre: 2016, n=2.510

Anzahl Rettungsdienst-Assistenzpersonal je 1.000 Einwohner nach Stadt-/Landkreisen, Brandenburg, 2016



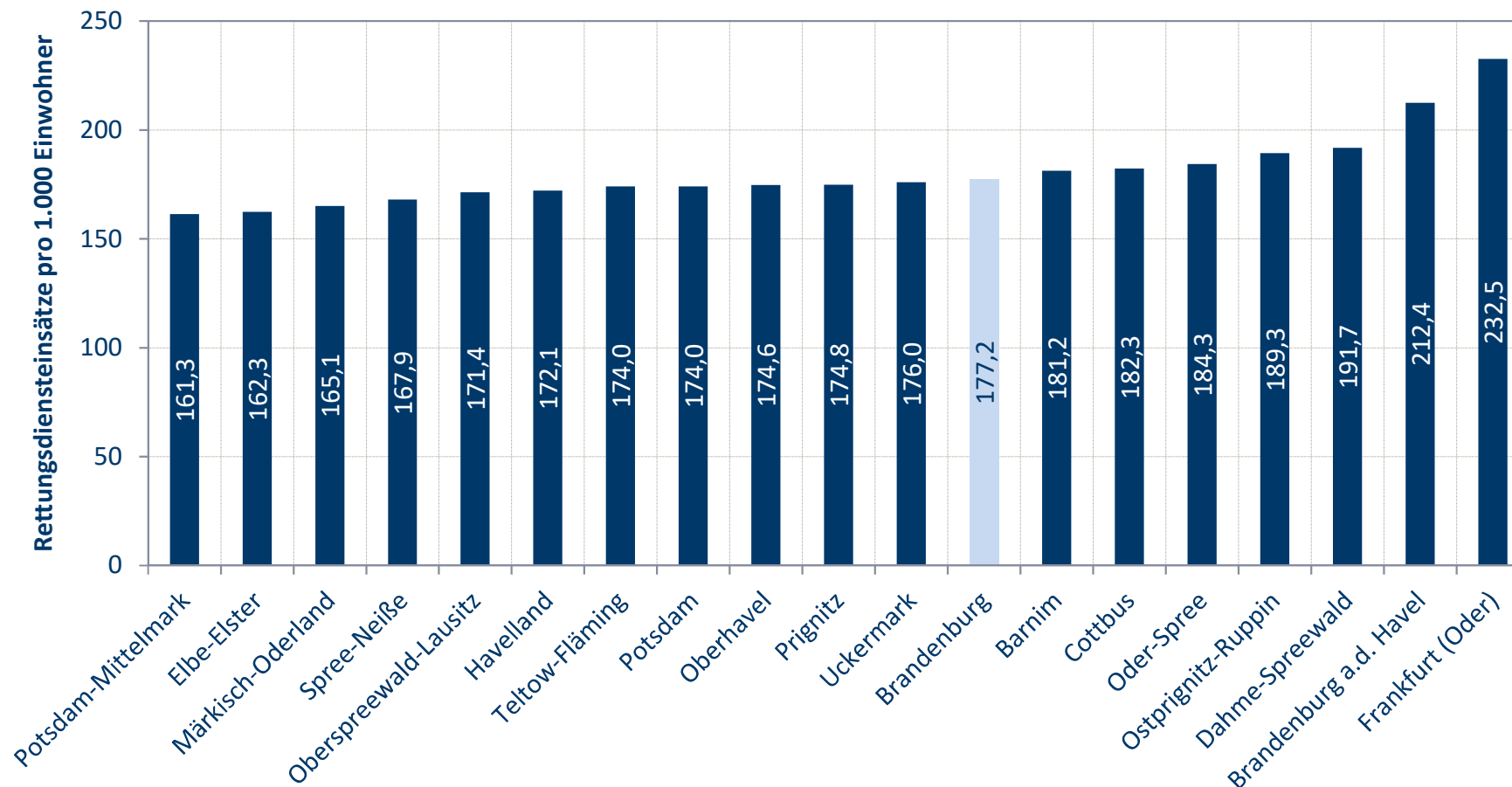
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahre: 2016

Verteilung der Rettungsdiensteinsätze nach Rettungsmittel, Brandenburg, 2016



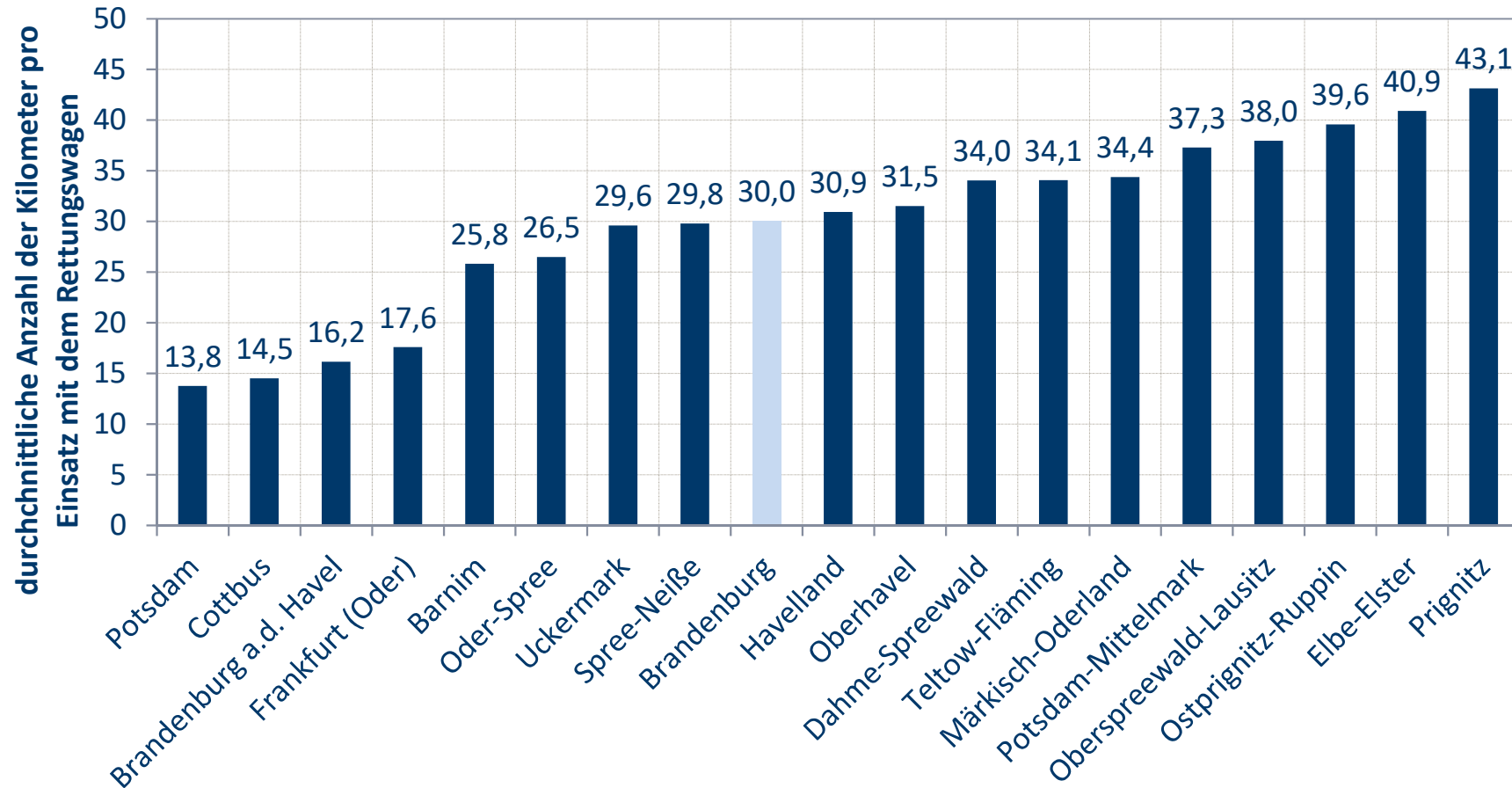
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahr: 2016; n=440.417

Rettungsdienstleistungen je 1.000 Einwohner nach Stadt-/Landkreisen, Brandenburg, 2016



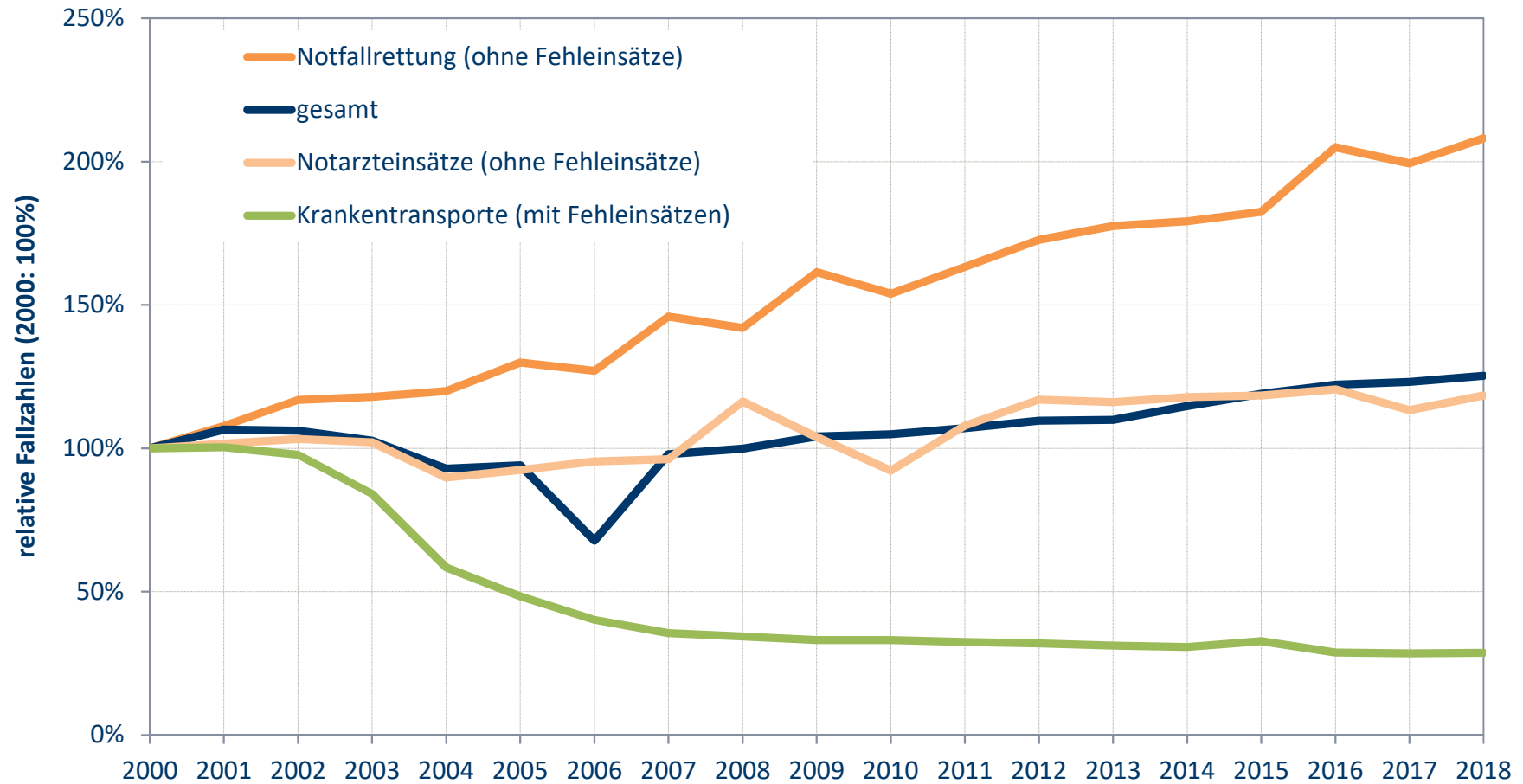
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahr: 2016

Starke regionale Unterschiede bezüglich der Kilometer pro Einsatz mit RTW



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministerium für Inneres und Kommunales, Datenjahr: 2016; n=302.747

Entwicklung der Inanspruchnahme von Notfallrettung und Krankentransporten, Brandenburg, 2000-2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (MIG)

Inanspruchnahme von Notfallrettung und Krankentransporten, Brandenburg im Vergleich, 2018

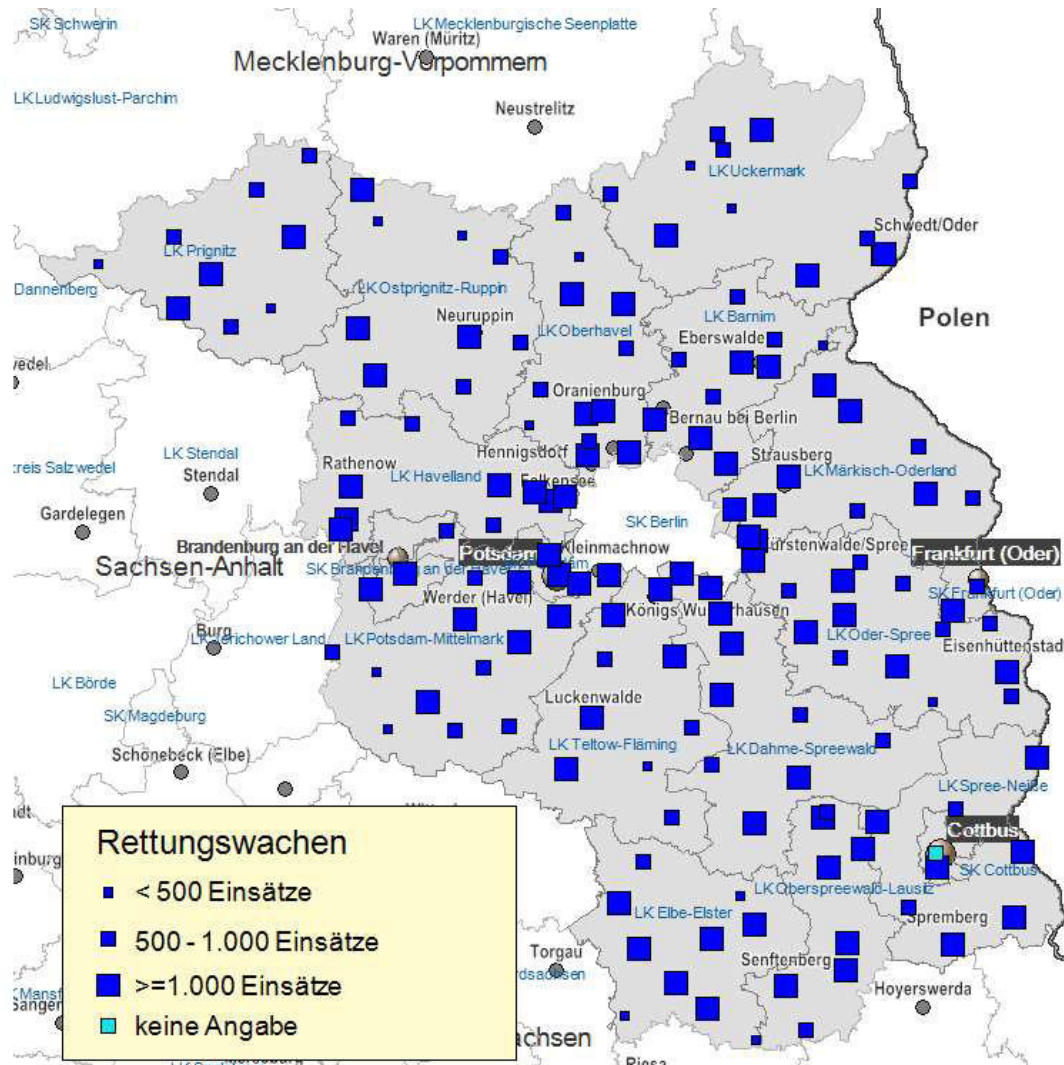
Einsätze pro 1.000 Einw.	Brandenburg	Baden-Württemberg	GKV
Rettungswagen	121,1	92,5	77,7
Krankentransport	15,0	78,6	85,9
notarztbesetztes Rettungsmittel	38,7	26,7	29,3

Anteil KTW an Einsatzfahrtaufkommen

- Brandenburg (2018): **7,7%**
- Bund (2016/2017): **21,6%**

Quelle: IGES auf Basis der Rettungsdienststatistik Brandenburg, der KG2-Statistik des BMG sowie des Qualitätsberichts Rettungsdienst Baden-Württemberg und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Regionale Verteilung der Rettungswachen, Brandenburg, 2018



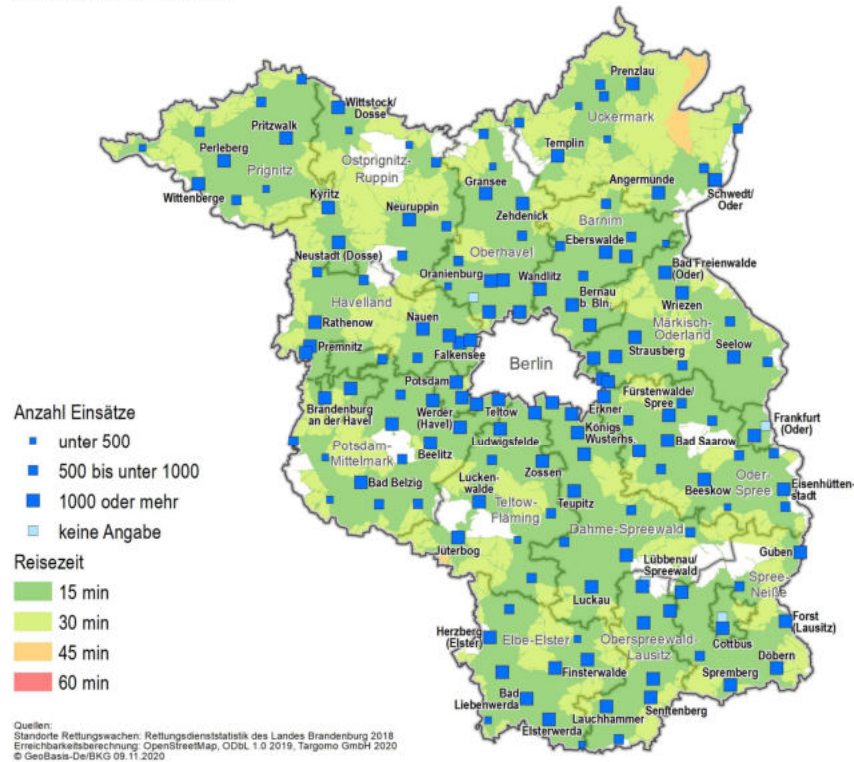
- Insgesamt 154 Rettungswachen mit 308.391 Einsätzen (2018)
- Von 132 Wachen (für die entsprechende Daten vorliegen) hatten 28 Wachen im Mittel weniger als einen RTW-Einsatz pro Schicht.

Quelle: IGES

Erreichbarkeit von Rettungswachen in Brandenburg insg. und mit ≥ 500 Einsätzen, 2018

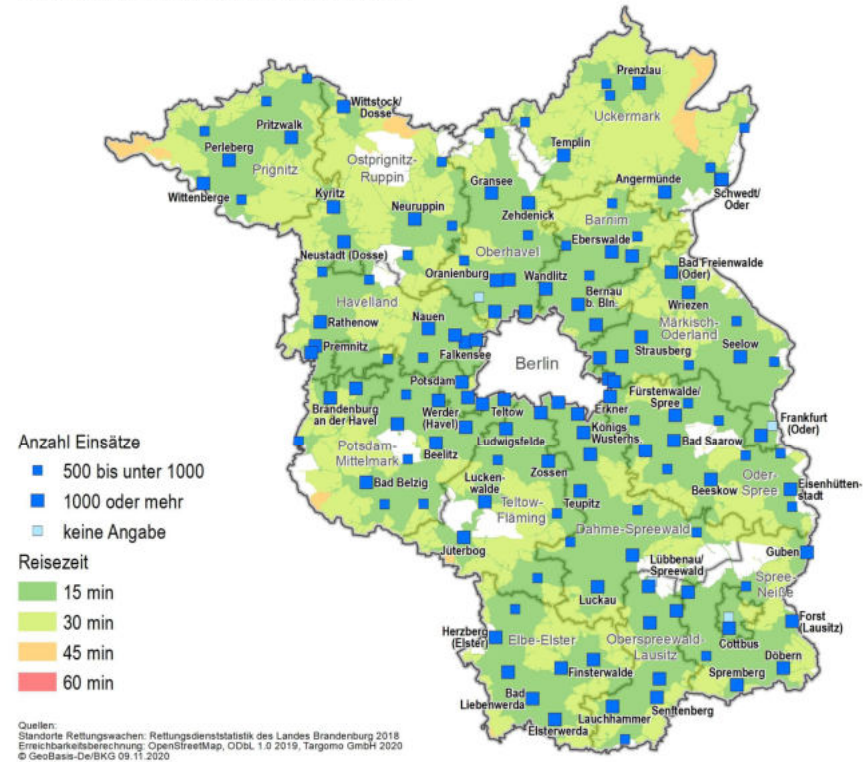
≤ 15 min für **96,9%** der Bevölkerung

Rettungswachen gesamt



≤ 15 min für **95,4%** der Bevölkerung

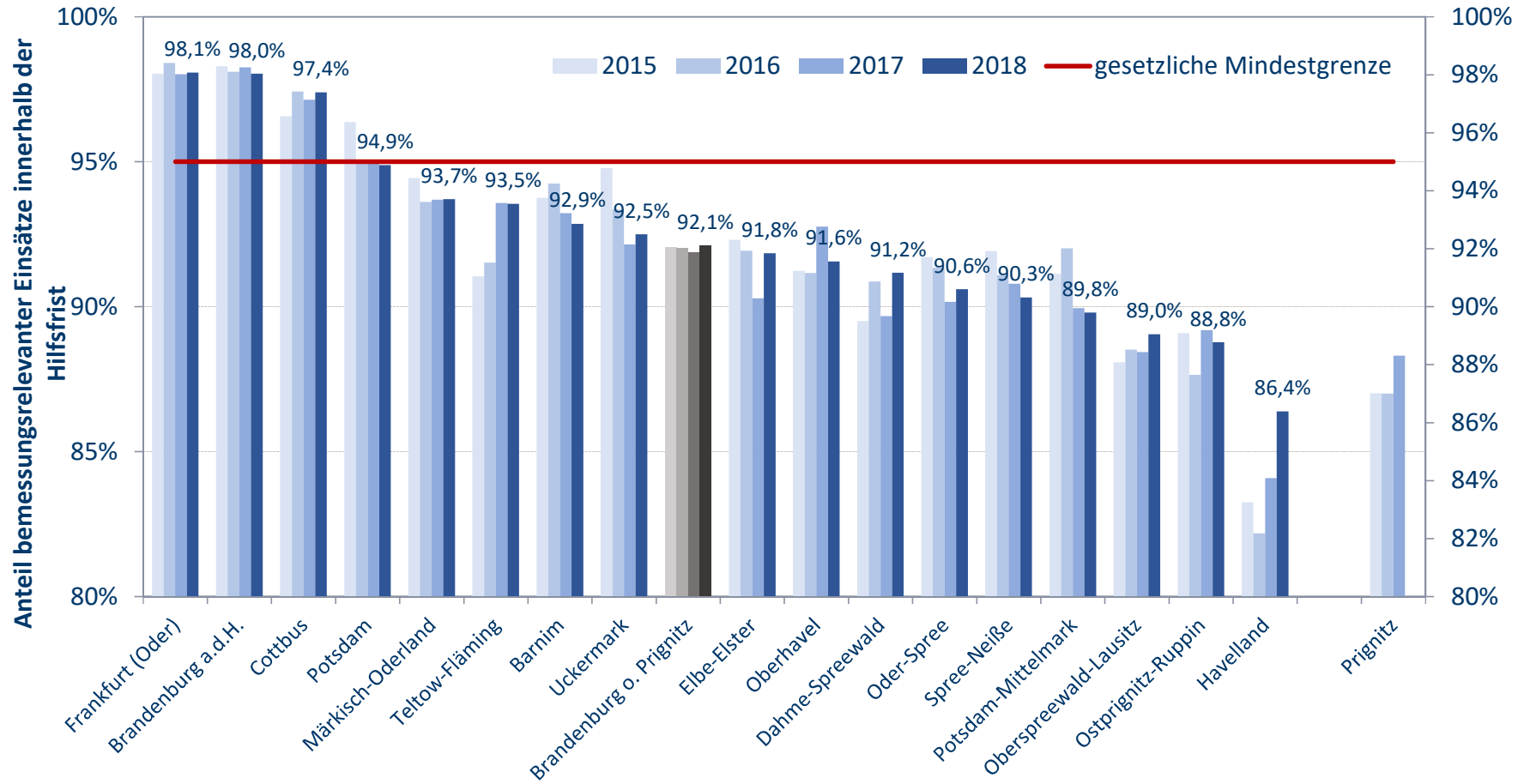
Rettungswachen mit mehr als 500 Einsätzen



**-16 Rettungswachen
-1,5% der Bevölkerung in max. 15min**

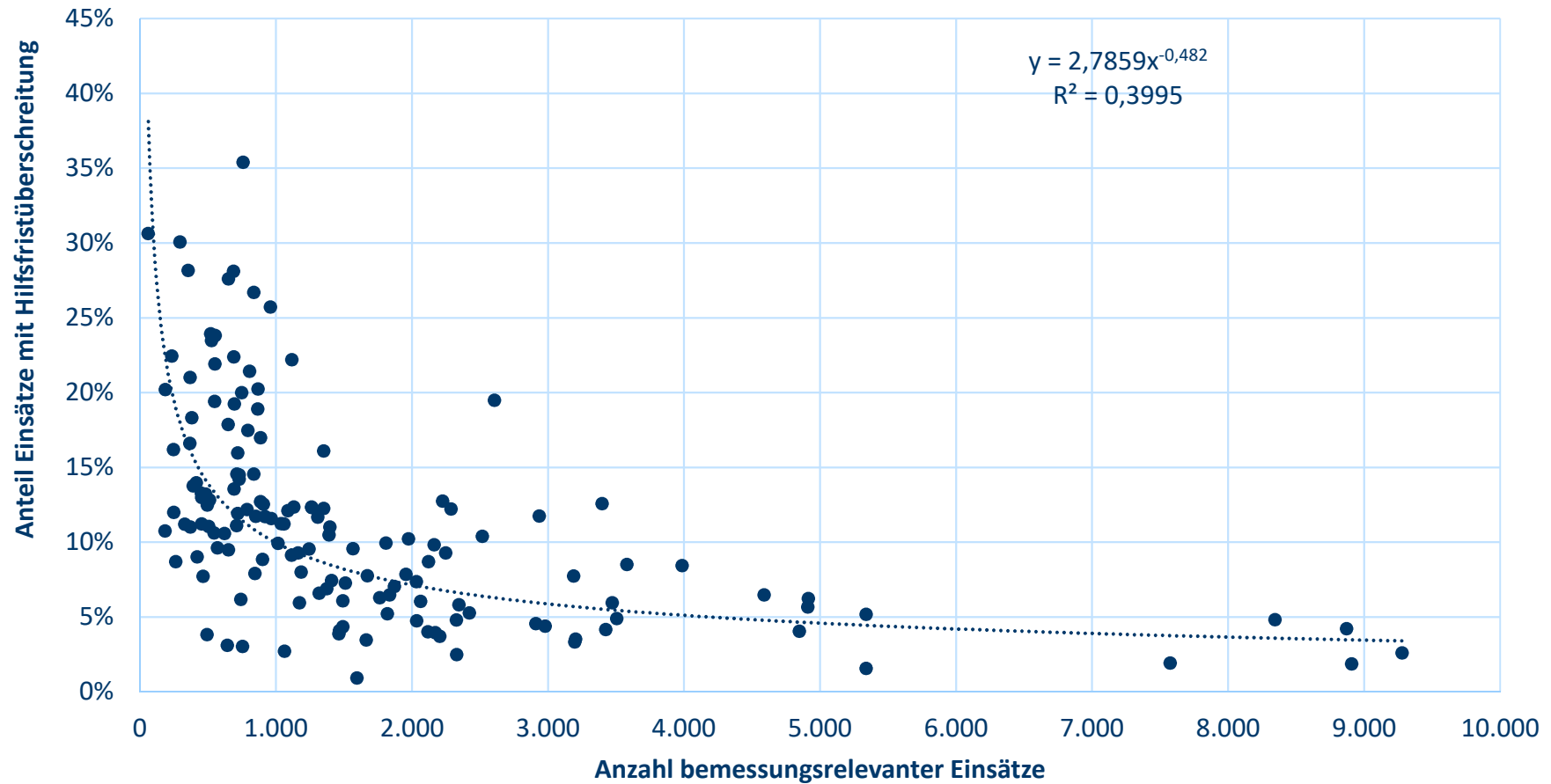
Quelle: IGES; LGB

Anteil bemessungsrelevanter Einsätze innerhalb der Hilfsfrist nach Stadt-/Landkreisen, Brandenburg, 2015-2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (MIG)

Zusammenhang der Anzahl bemessungsrelevanter Einsätze der Rettungswachen und Hilfsfristüberschreitungen, Brandenburg, 2018



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Landesrettungsdienststatistik (MIG)

Auswertungen MIND-Daten: Beschreibung des Analysedatensatzes

Merkmals	Ausprägung
Jahr	2018
Kreise	<ul style="list-style-type: none">• Cottbus• Oberhavel• Prignitz• Spree-Neiße• Teltow-Flämig• Uckermark
Art der Einsätze	RTW-Einsätze

- Variablen**
- Alter
 - Einsatzort
 - NACA-Score
 - Diagnose
 → Tracerdiagnose
 - Zielkrankenhaus
 - Zeiten



Wer?

- mehrheitlich ältere Personen (65+: 58%)
- Kinder und Jugendliche: 7%

Wo?

- mehrheitlich in der Wohnung (61%), bei 65+ überproportional
- sonstiger Ort: 21%, bei Kindern überproportional
- Pflegeeinrichtungen: 9%

Wann?

- gleichmäßige Verteilung über die Wochentage
- rd. ein Drittel nachts, bei 18-64-Jährigen und in der Wohnung überproportional

Warum?

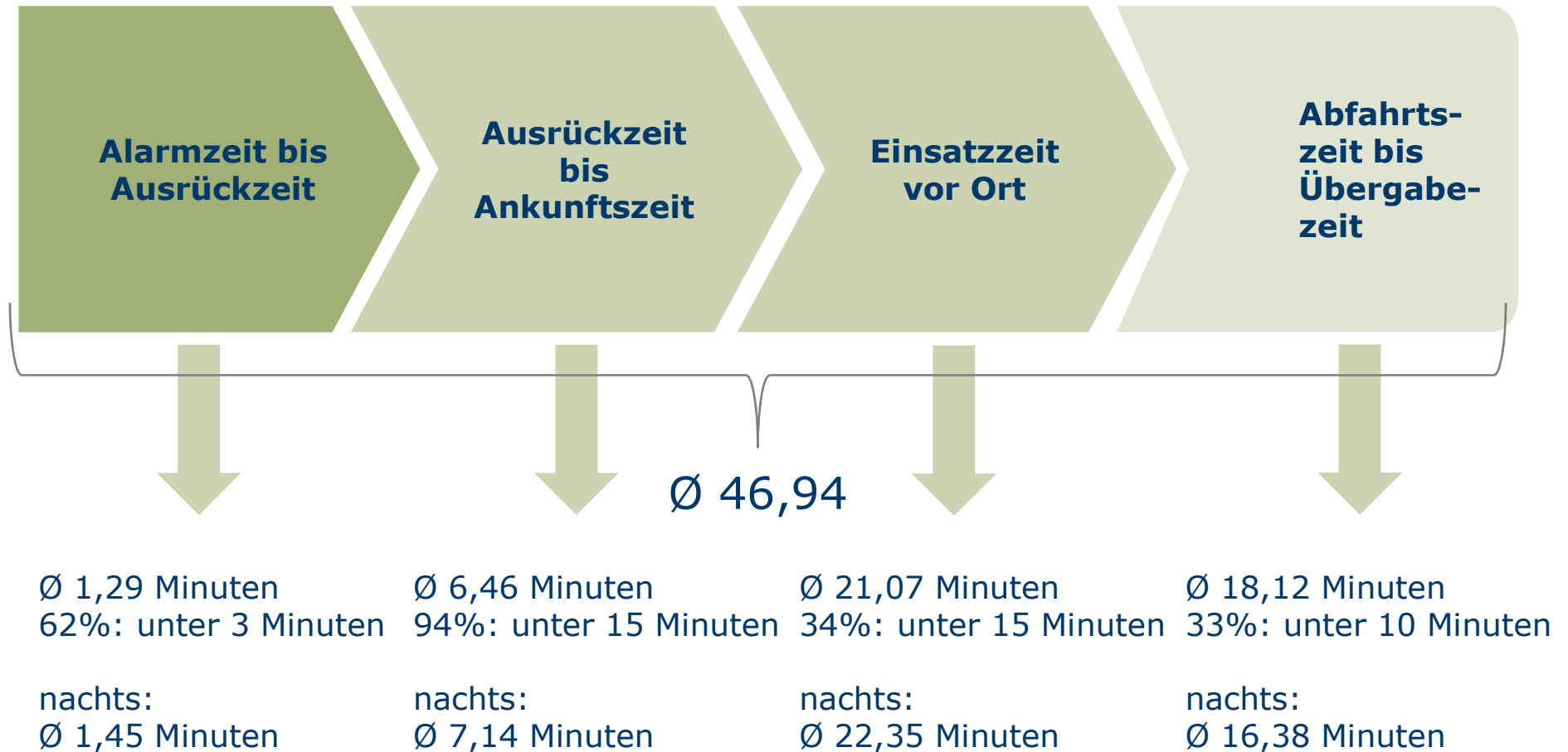
- NACA-Score: 41%: „gesund bis leichte Störungen“
- rd. 9%: Tracerdiagnosen, bei 65+ überproportional

Wohin?

- bis auf wenige Ausnahmen: Krankenhaus (97%)
- Beispiel Schlaganfall: 7%: nicht in „Schlaganfall-KH“, 5%: anderes Bundesland

Quelle: IGES auf Basis von Auswertungen des MIND-Datensatzes

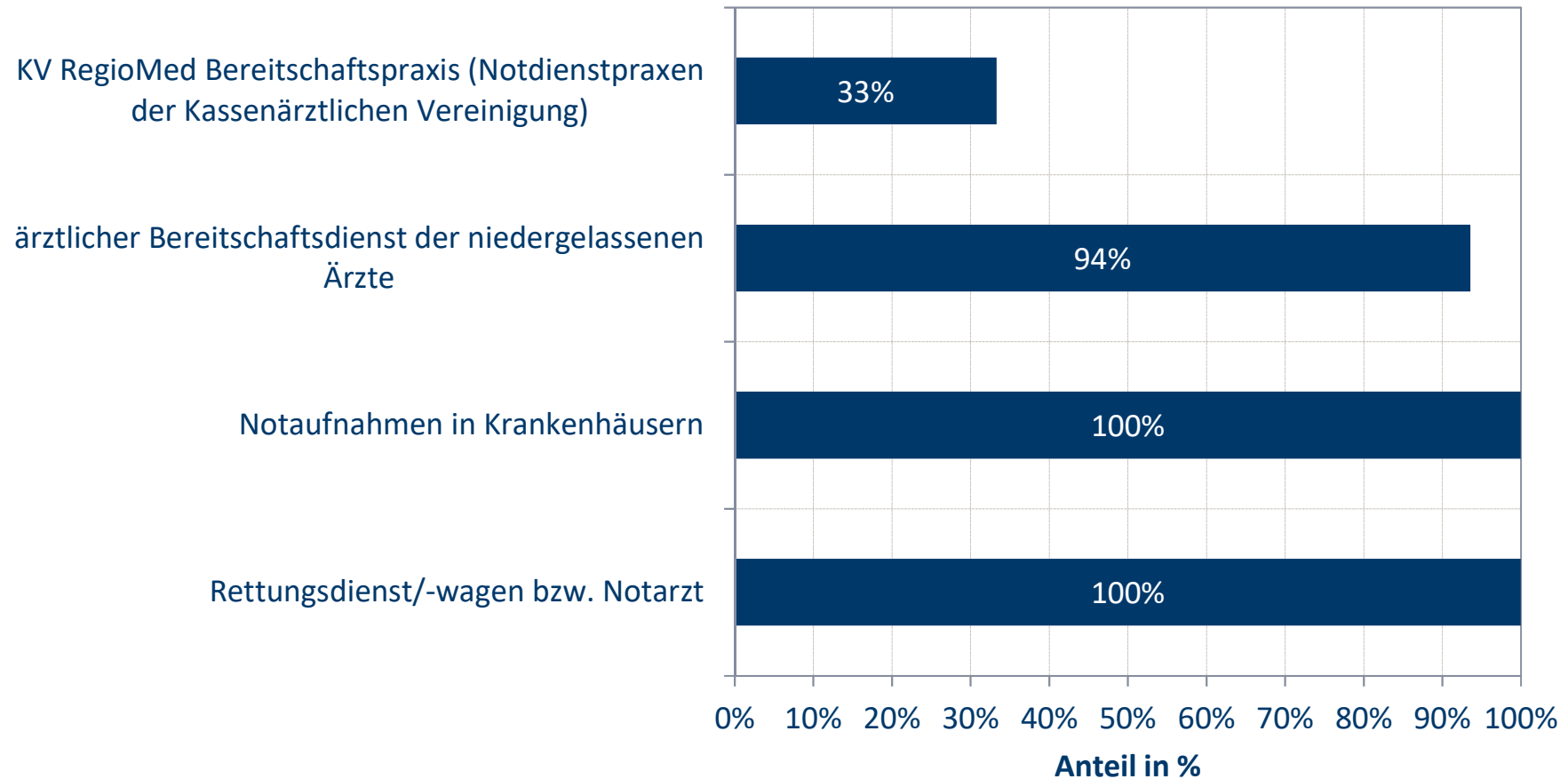
Durchschnittszeiten der einzelnen Phasen der RTW-Einsätze, Brandenburg (Stichprobe MIND-Datensatz), 2018



Quelle: iGES auf Basis von Auswertungen des MIND-Datensatzes

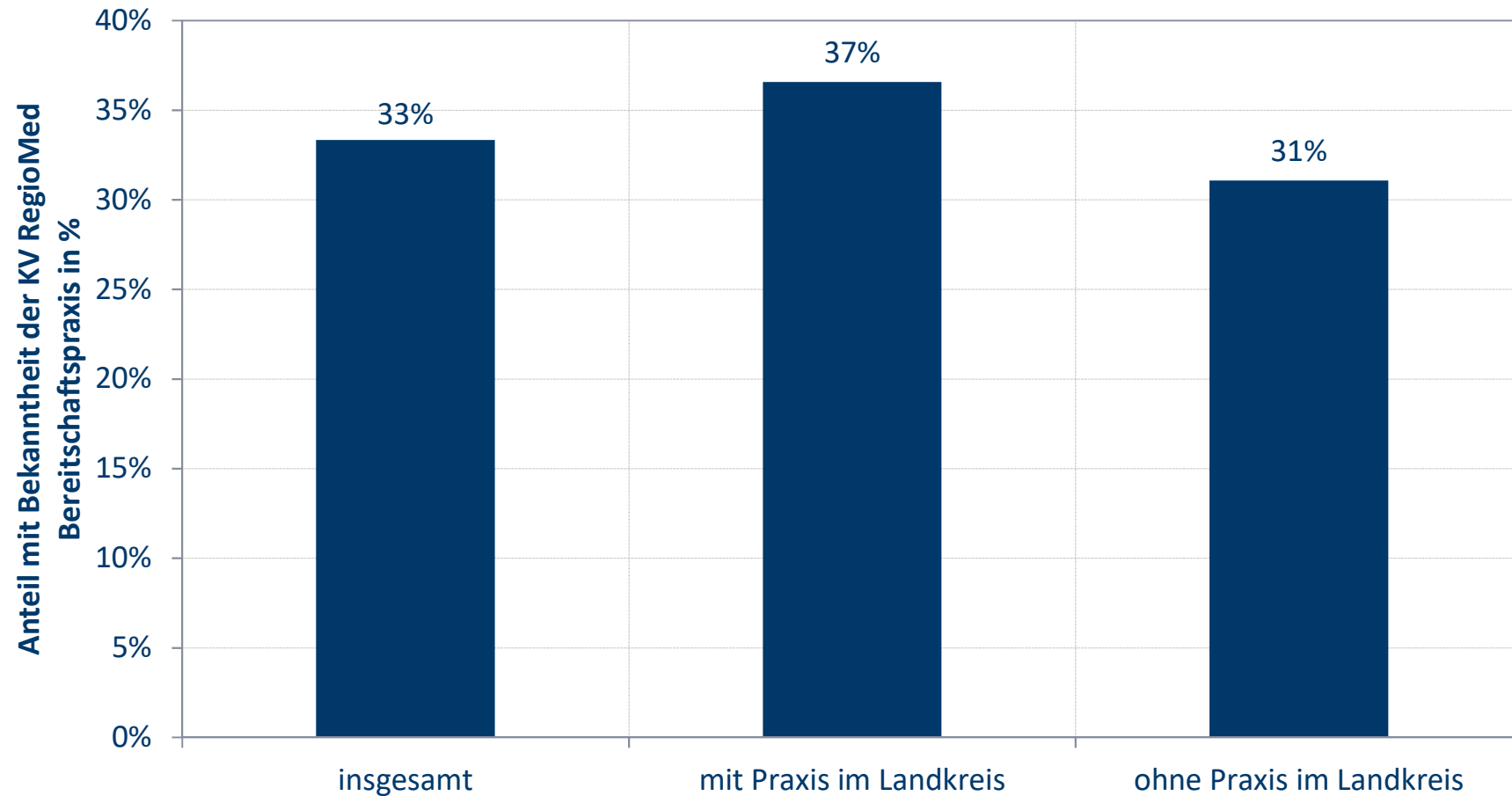
6.1.4 Bevölkerung

Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 94% der Befragten bekannt



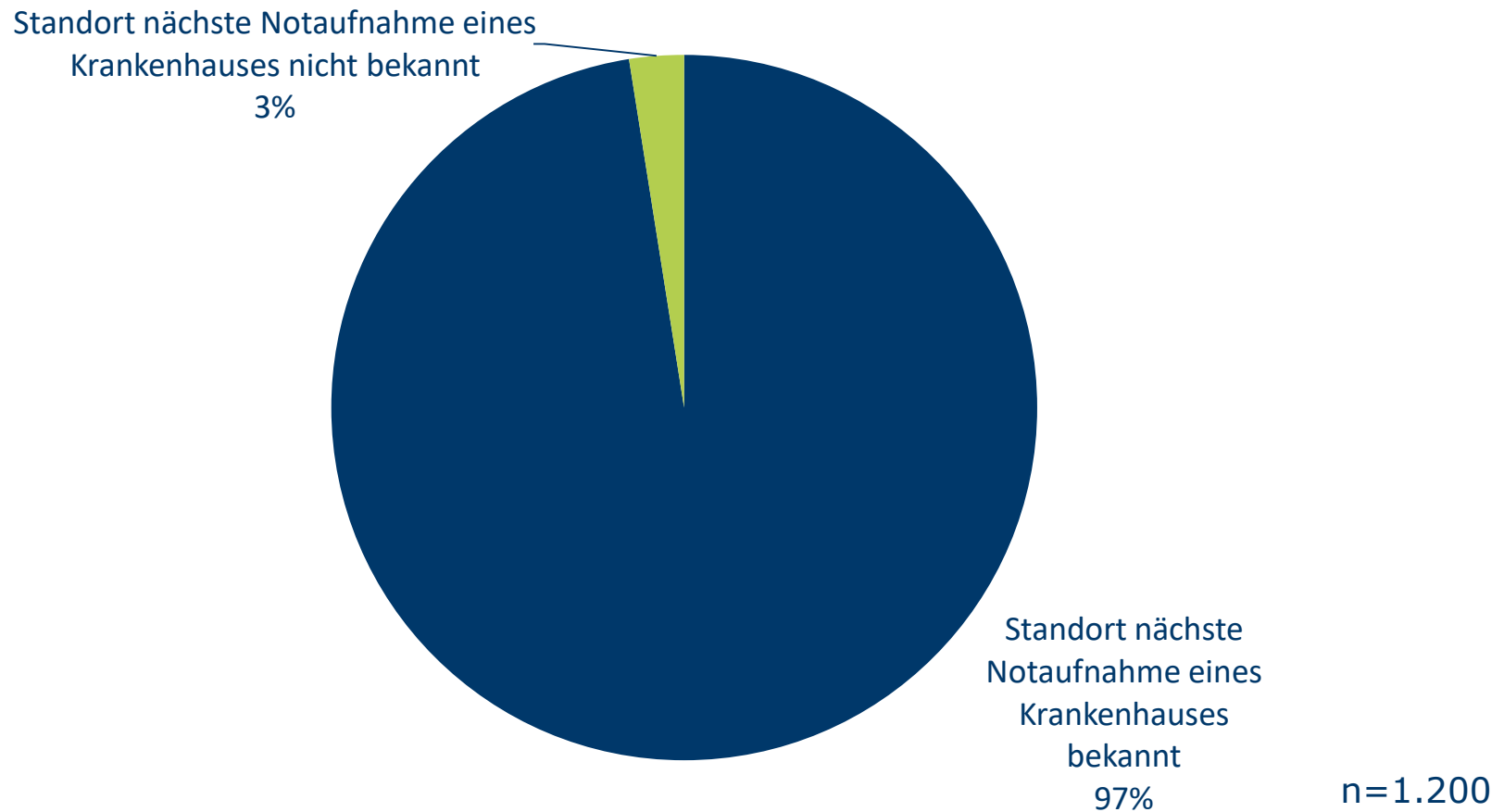
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Anmerkung: n=1.200; Frage: Von welchen der folgenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Notfall haben Sie schon einmal gehört?
Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert.

KV RegioMed Bereitschaftspraxen in Landkreisen mit Praxis etwas bekannter



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung
Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert.

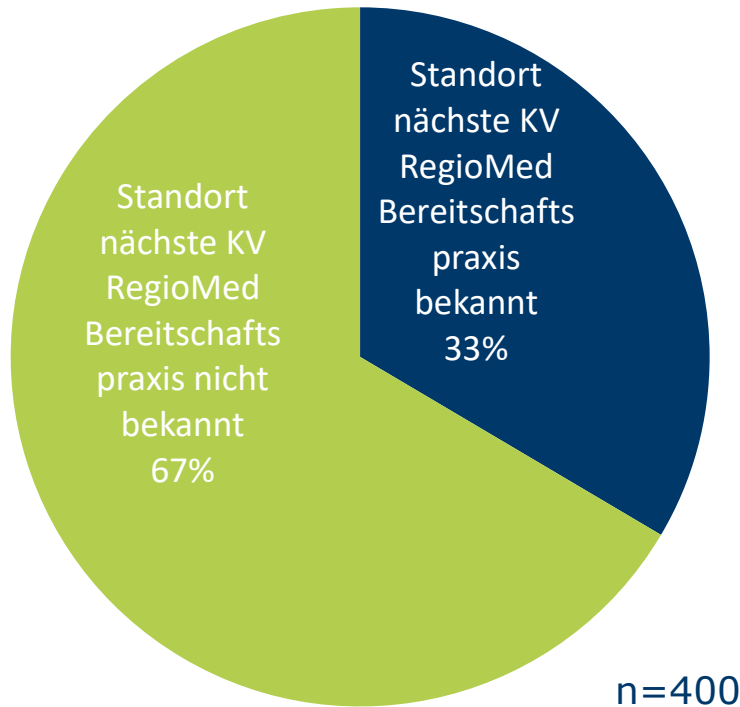
97% ist Standort der nächsten Notaufnahme bekannt



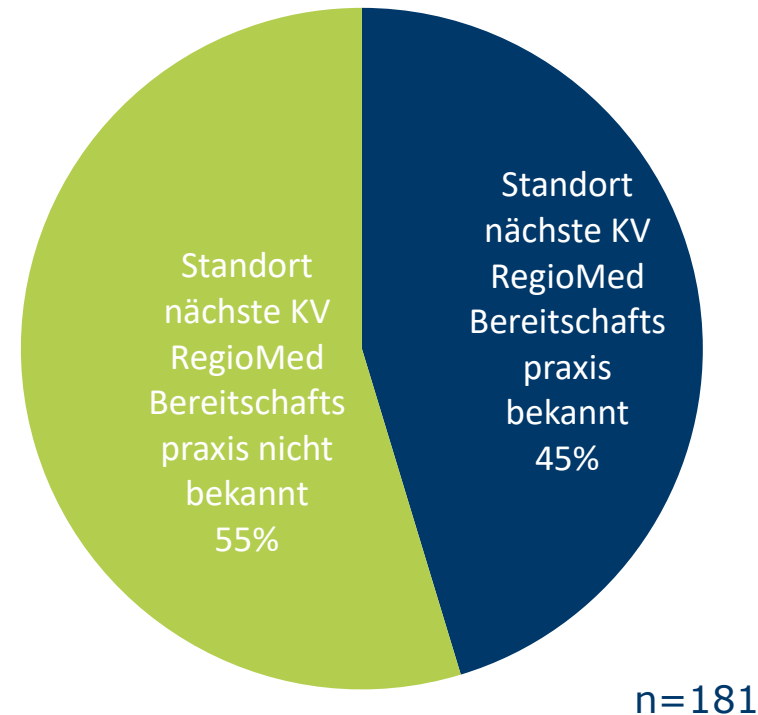
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Frage: Ist Ihnen bekannt, wo sich die nächste Notaufnahme eines Krankenhauses befindet?

11% der Befragten kennen nächsten Standort einer KV RegioMed Bereitschaftspraxis **IGES**

alle Personen, die von einer KV RegioMed Bereitschaftspraxis gehört haben

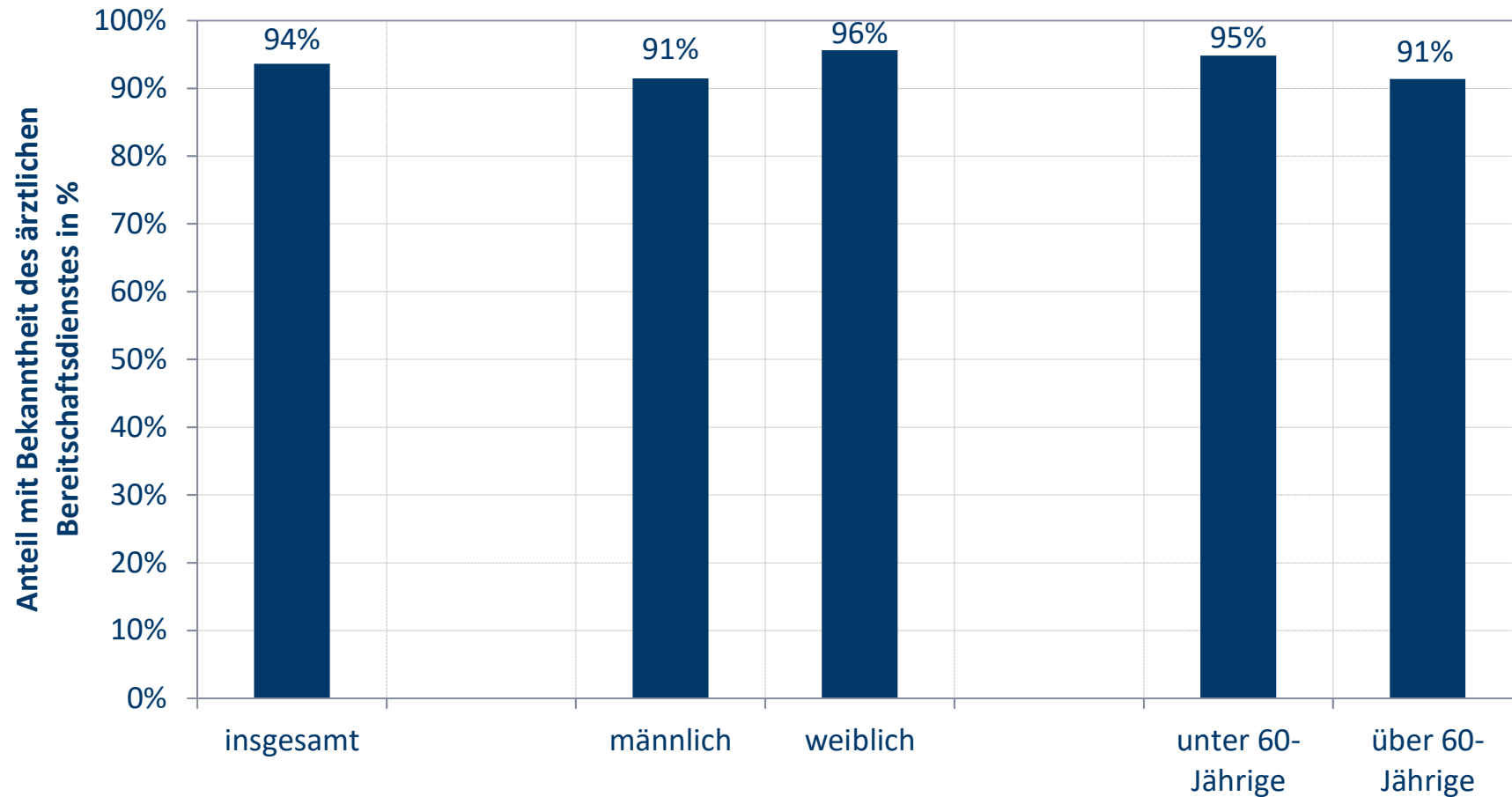


nur Personen, die von einer KV RegioMed Bereitschaftspraxis gehört haben und eine im Landkreis haben



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Frage: Ist Ihnen bekannt, wo sich die nächste KV RegioMed Bereitschaftspraxis (Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung) befindet?
Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert.

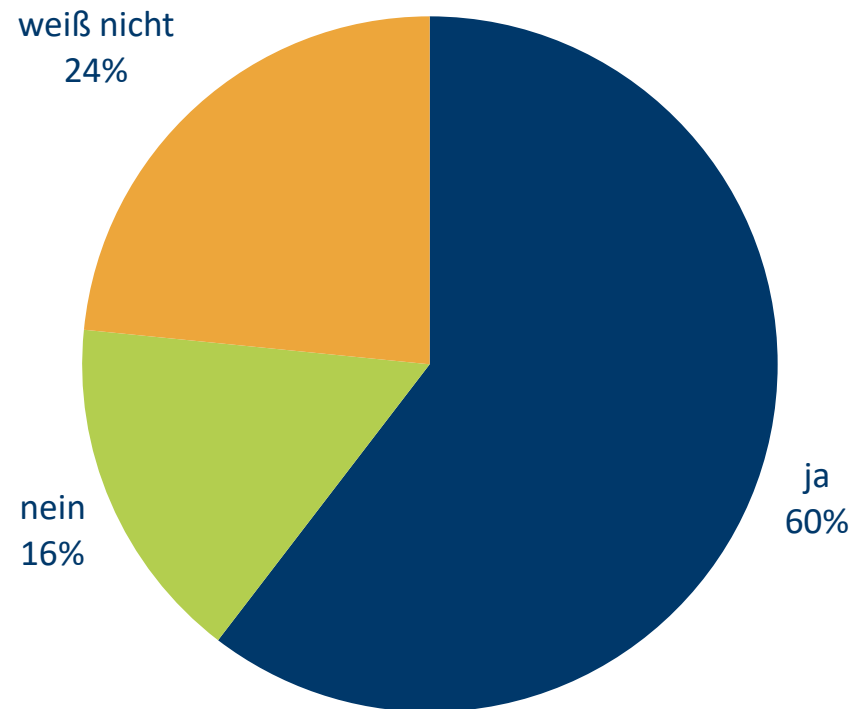
Weibliche und jüngere Personen kennen Bereitschaftsdienst etwas häufiger



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Frage: Von welchen der folgenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Notfall haben Sie schon einmal gehört? Auswertung der Antwortmöglichkeit: ärztlicher Bereitschaftsdienst (bzw. Notdienst der niedergelassenen Ärzte)

Rund ein Viertel weiß nicht, ob ärztlicher Bereitschaftsdienst Hausbesuche macht

Was denken Sie: Macht der ärztliche Bereitschaftsdienst auch Hausbesuche?

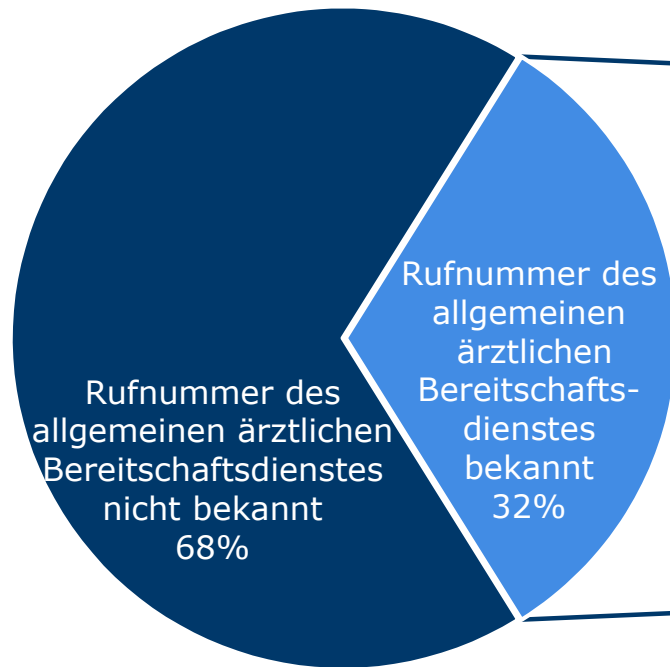


n=1.200

Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

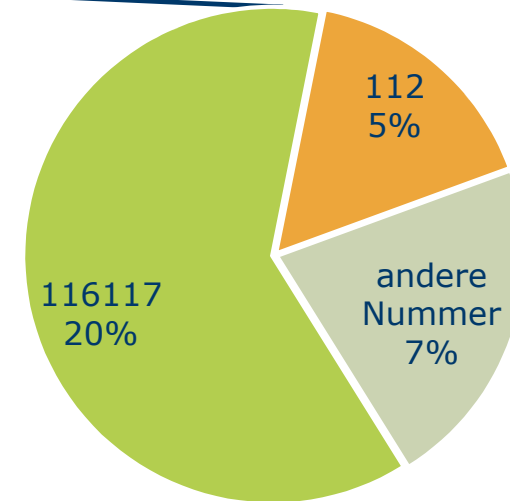
Jeder fünfte kann die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes benennen **iGES**

Ist Ihnen die Rufnummer des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes bekannt?



n=1.200

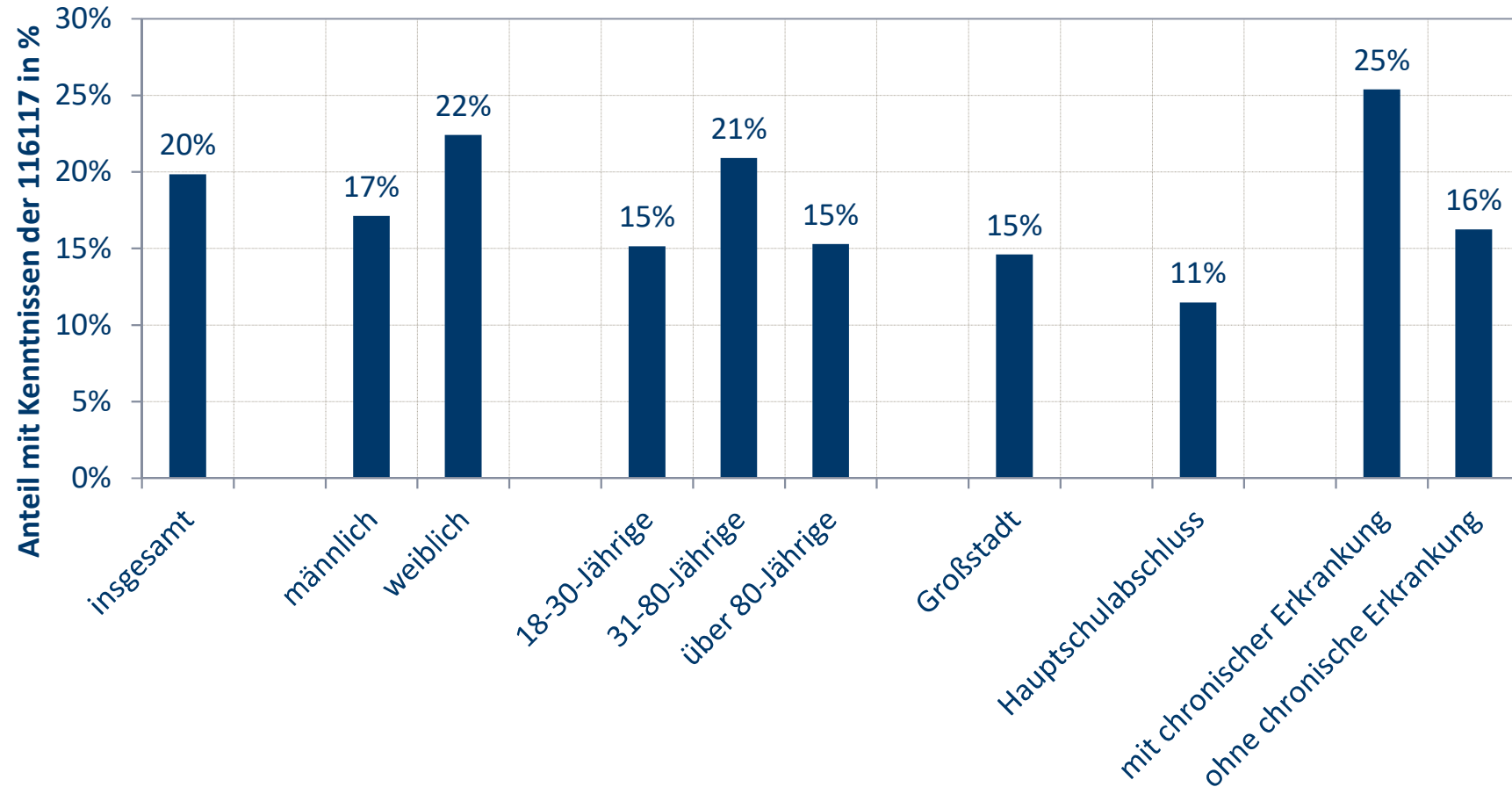
Wie lautet die Nummer?



n=387

Quelle: iGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

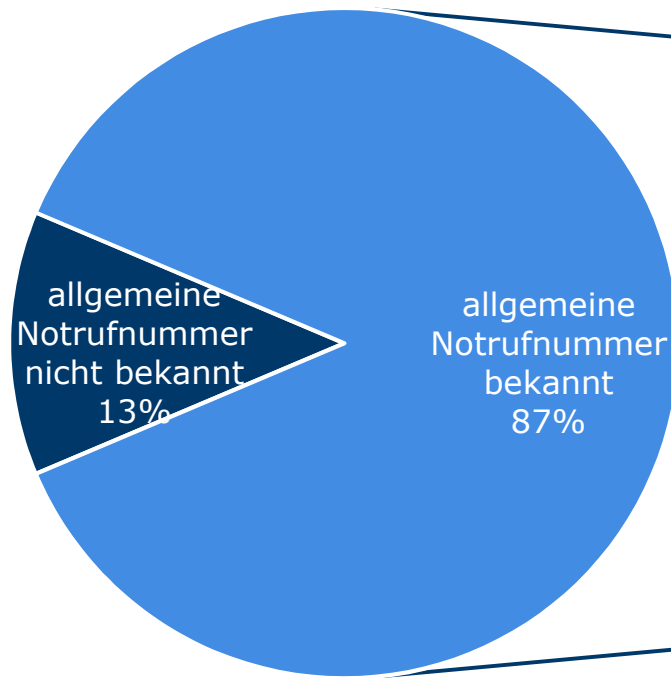
Rufnummer 116117 bekannter bei Personen mit chronischer Erkrankung



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

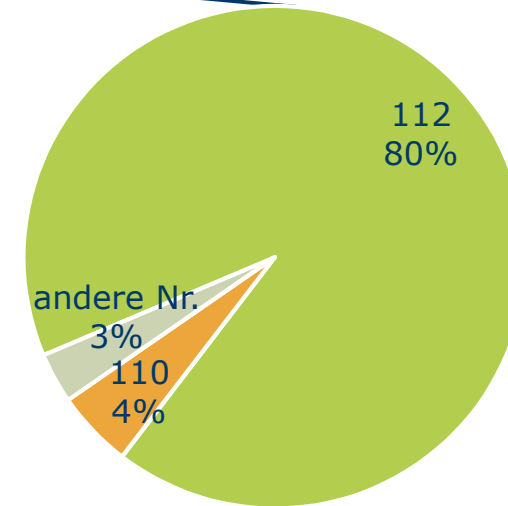
80% können allgemeine Notrufnummer benennen

Kennen Sie die allgemeine Notrufnummer?



n=1.200

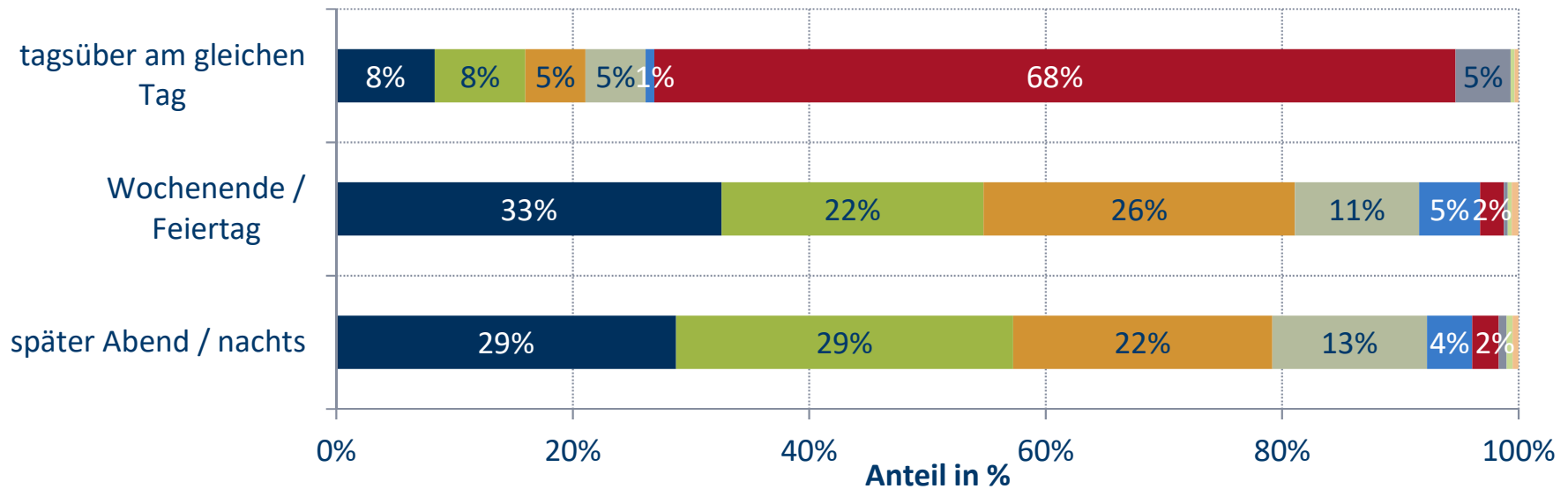
Wie lautet die Nummer?



n=1.047

Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

Rd. 30% würden sich außerhalb der Sprechstundenzeiten an Notaufnahme wenden



- an eine Notaufnahme im Krankenhaus
- kann ich nicht sagen – kommt auf die Beschwerden an
- an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (bzw. Notdienst der niedergelassenen Ärzte)
- an den Rettungsdienst/-wagen bzw. Notarzt
- an eine KV RegioMed Bereitschaftspraxis (Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung)
- auch an meinen Hausarzt
- an meinen Facharzt
- an die Hotline meiner Krankenkasse
- Sonstiges

Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert;

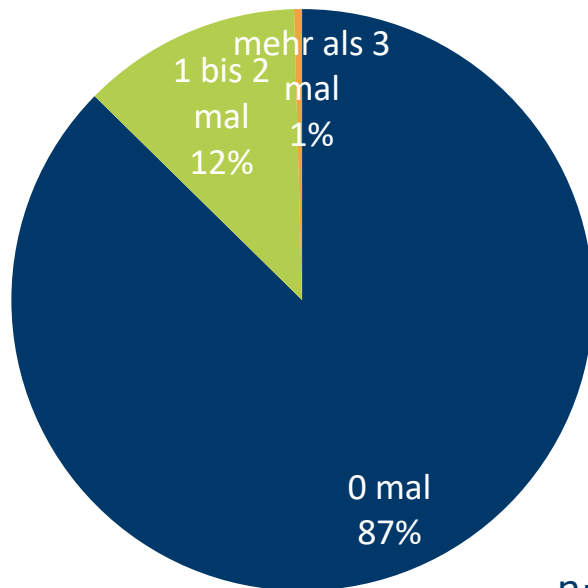
Fragen: Stellen Sie sich bitte vor, Sie haben ein gesundheitliches Problem, mit dem Sie tagsüber zu erst zum Hausarzt gehen würden und es ist später

Abend/nachts: An wen würden Sie sich zuerst wenden? Und wie wäre es an Wochenenden und Feiertagen: An wen würden Sie sich dann zuerst wenden?

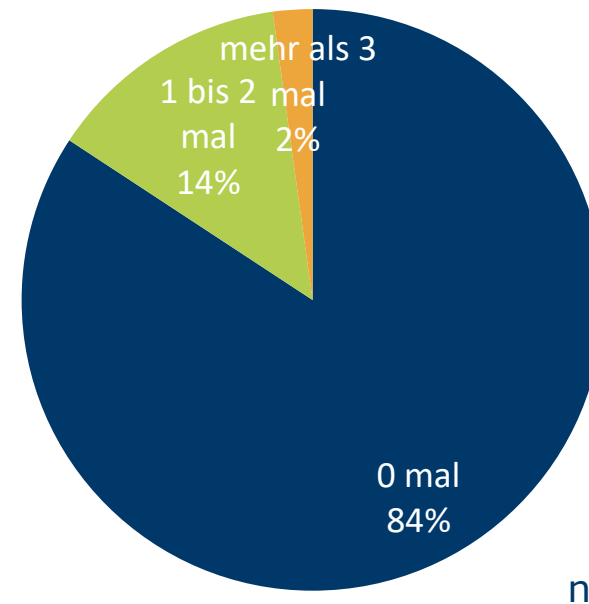
Stellen Sie sich bitte vor, Sie selbst brauchen tagsüber unter der Woche möglichst noch am selben Tag ärztliche Hilfe: An wen würden Sie sich am ehesten wenden?

Rd. 13% haben ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für sich innerhalb der letzten 12 Monate den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen haben:

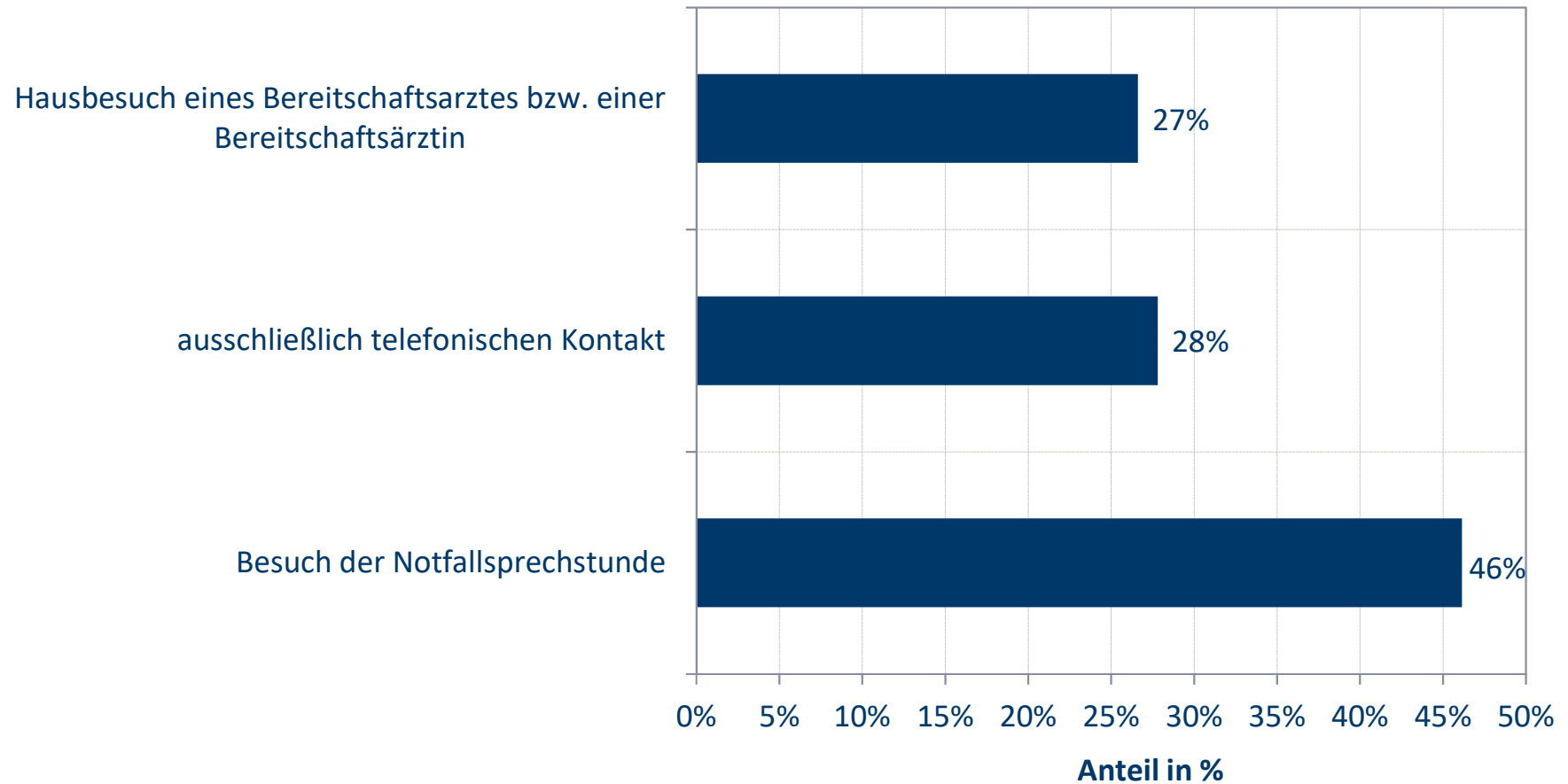


Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen haben:



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

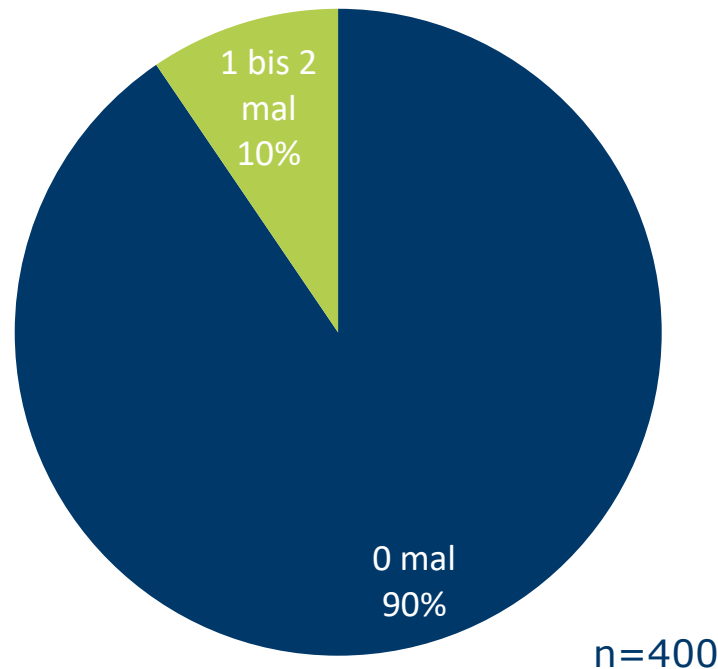
Inanspruchnahme am häufigsten durch Besuch der Notfallsprechstunde



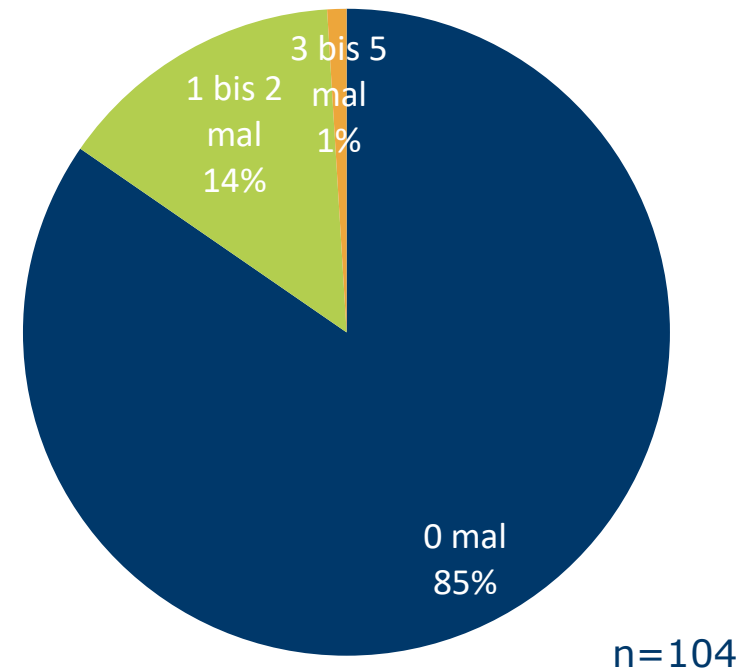
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Anmerkung: n=169; Mehrfachnennungen waren möglich;
Frage: Bitte geben Sie an, wie Sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst der niedergelassenen Ärzte) in Anspruch genommen haben.

Jeder zehnte hat KV RegioMed Bereitschaftspraxis aufgesucht

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für sich innerhalb der letzten 12 Monate eine KV RegioMed Bereitschaftspraxis aufgesucht haben:



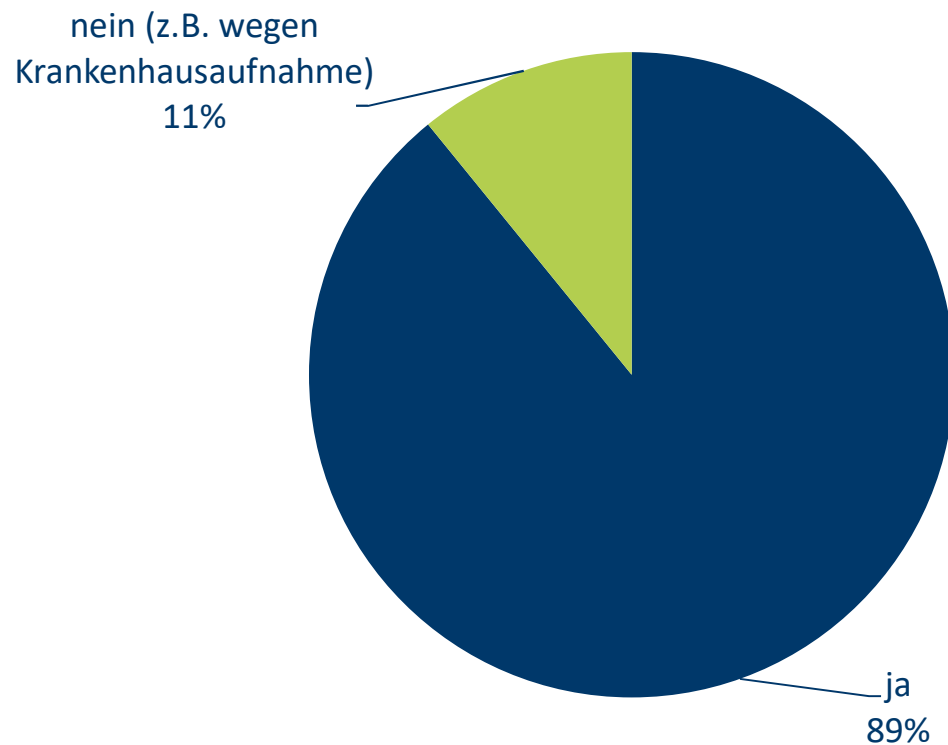
Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate eine KV RegioMed Bereitschaftspraxis aufgesucht haben:



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung
Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert.

Knapp 90% konnten nach Besuch in KV RegioMed Praxis nach Hause gehen

Konnten Sie nach Ihrem letzten Besuch in einer KV Regio Med Bereitschaftspraxis nach Hause gehen?

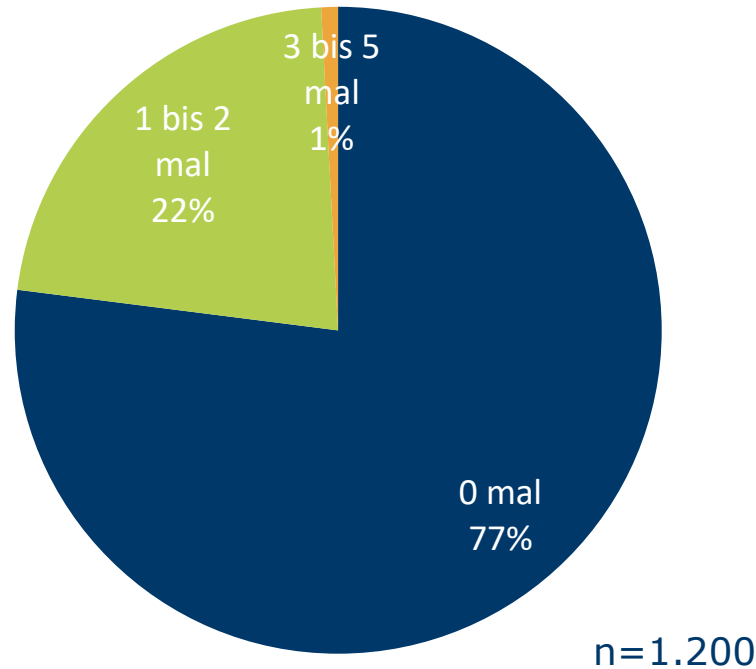


n=46

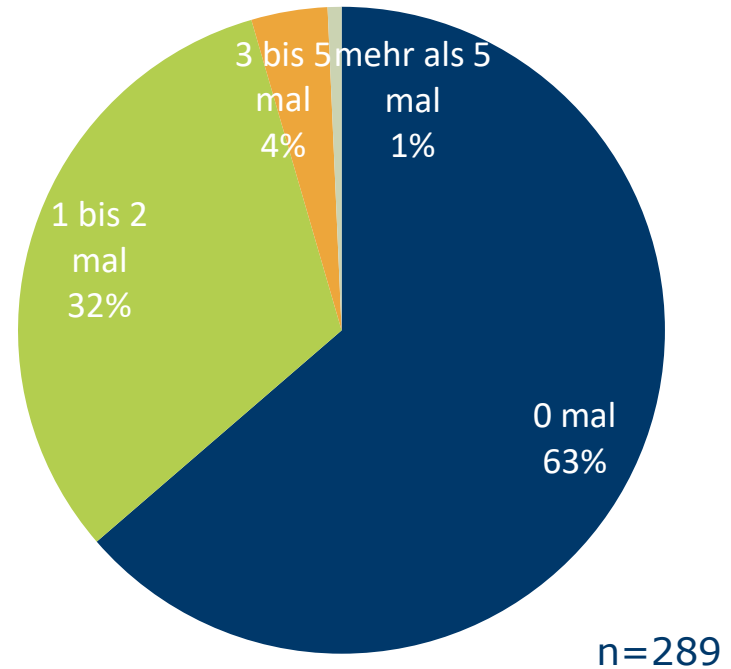
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung
Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert.

Rd. 23% besuchten eine Notaufnahme in den letzten 12 Monaten

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für sich innerhalb der letzten 12 Monate eine Notaufnahme im Krankenhaus aufgesucht haben:

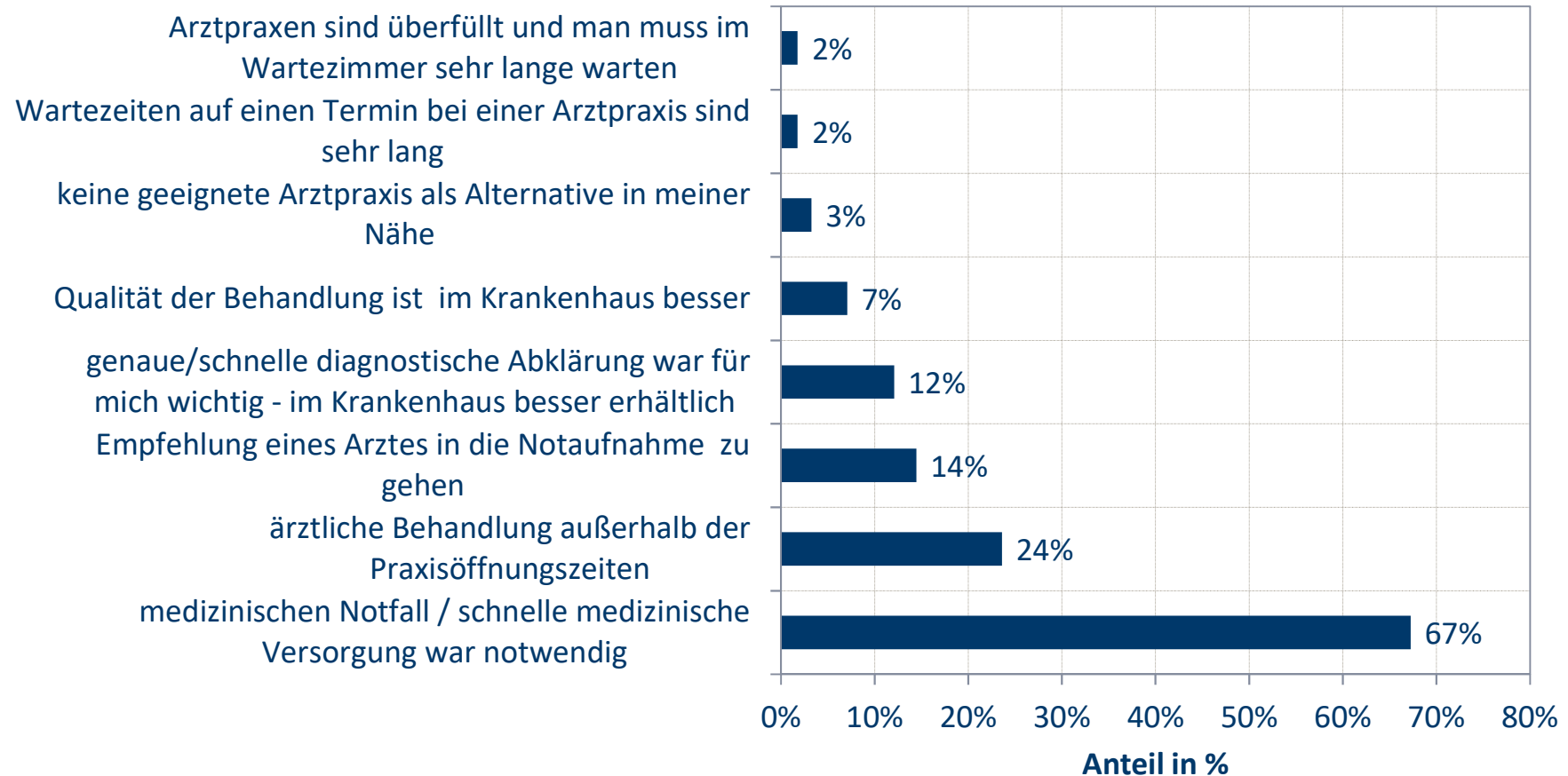


Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate eine Notaufnahme im Krankenhaus aufgesucht haben:



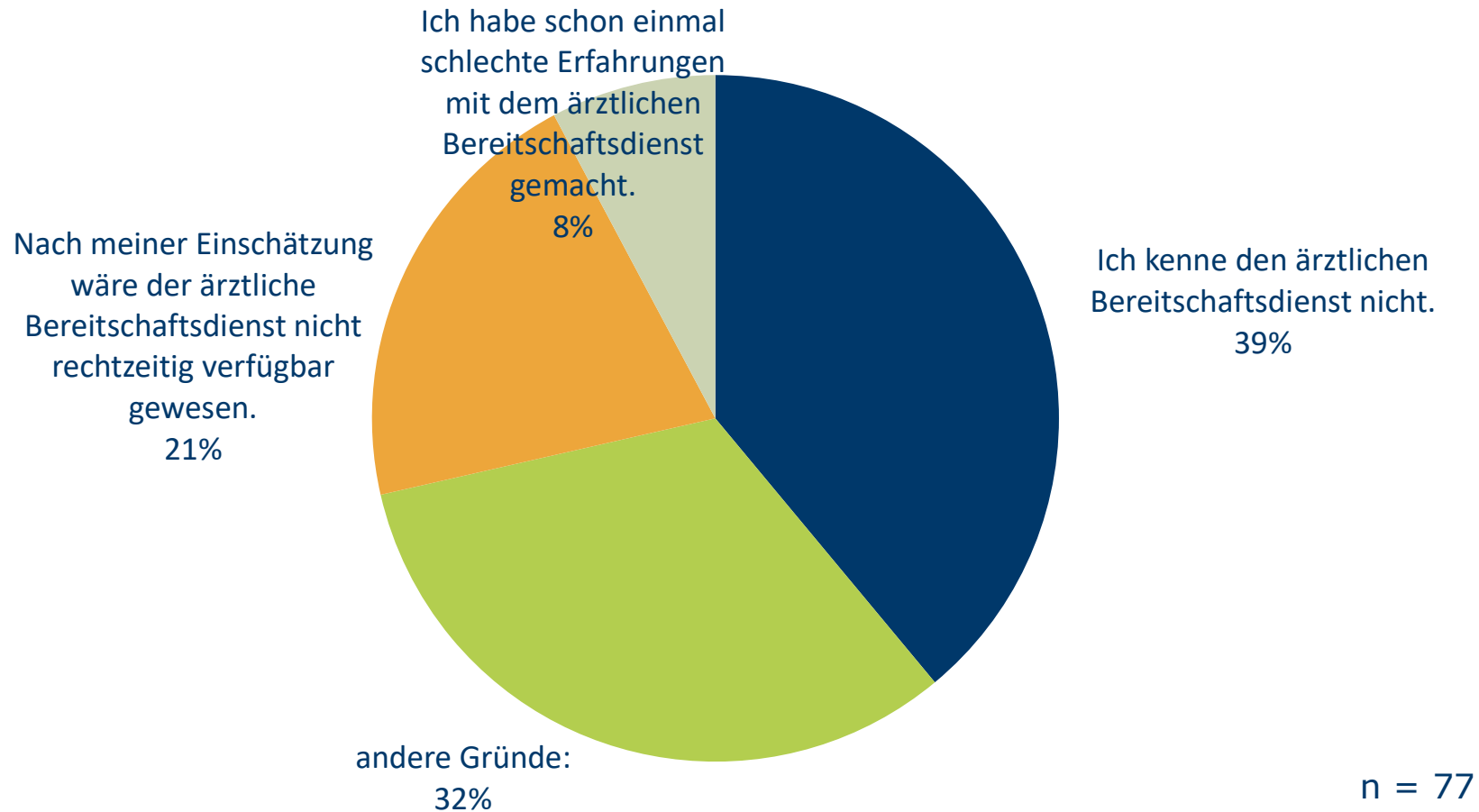
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

Notwendigkeit schneller Versorgung Hauptgrund für Besuch in Notaufnahme



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Anmerkungen: n=339; Mehrfachnennungen waren möglich;
Frage; Warum haben Sie (bzw. Ihr Kind) eine Notaufnahme im Krankenhaus besucht?

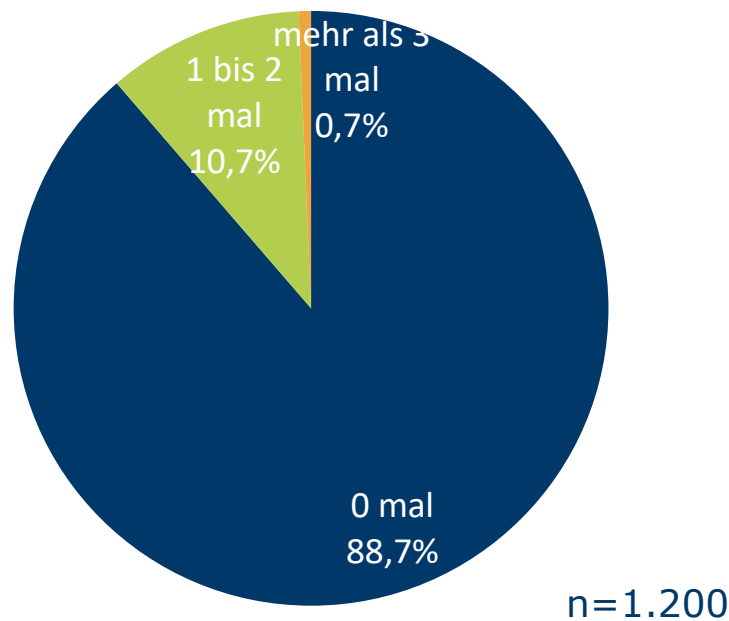
Rd. 39% mit Inanspruchnahme außerhalb der Praxisöffnungszeiten kennen ÄBD nicht IGES



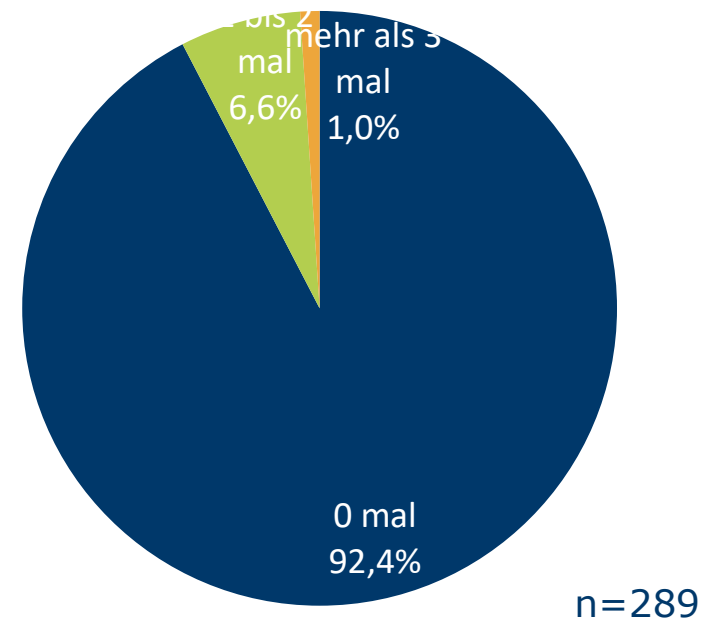
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Frage: Sie haben angegeben, dass Sie/Ihr Kind eine ärztl. Behandlung außerhalb der Praxisöffnungszeiten brauchten: Aus welchen Gründen haben Sie den ärztl. Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte nicht in Anspruch genommen?

Jeder zehnte nahm Rettungsdienst in Anspruch

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für sich innerhalb der letzten 12 Monate einen Rettungsdienst/-wagen oder einen Notarzt in Anspruch genommen haben:

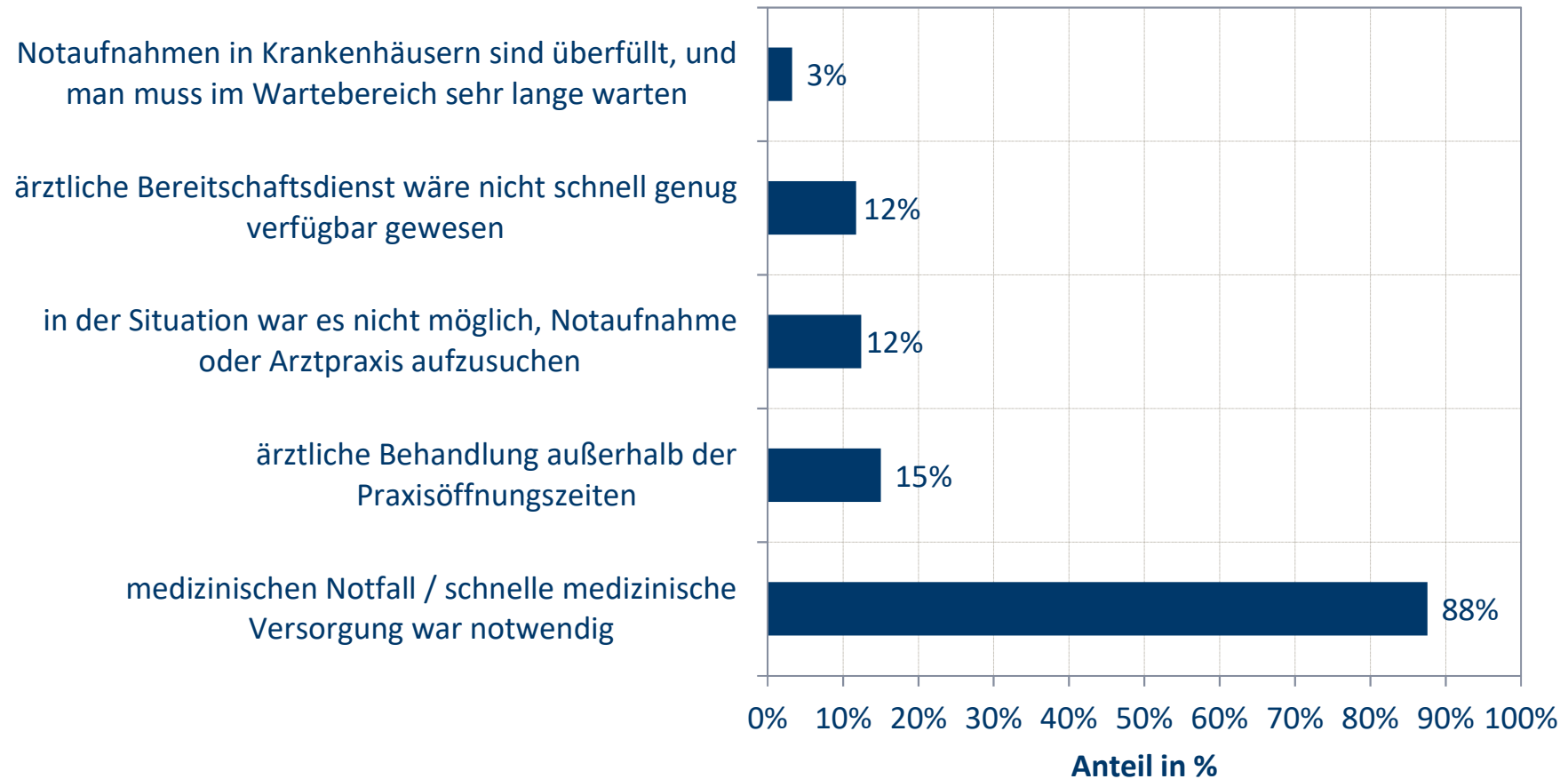


Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate einen Rettungsdienst/-wagen oder einen Notarzt in Anspruch genommen haben:



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

Notwendigkeit schneller Versorgung Hauptgrund für Rettungsdienst-Inanspruchnahme iGES



Quelle: iGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Anmerkungen: n=153; Mehrfachnennungen waren möglich;
Frage; Warum haben Sie (bzw. Ihr Kind) den Rettungsdienst oder Notarzt bzw. die Notärztin in Anspruch genommen?

Überblick über die Inanspruchnahme im Akut- und Notfall (letzte 12 Monate)

	mind. 1 mal	1-2 mal	3 mal und mehr
eigene Inanspruchnahme			
Notaufnahme	23,0% (n=276)	22,2%	0,8%
ärztlicher Bereitschaftsdienst	12,6% (n=142)	12,2%	0,4%
Rettungsdienst	11,4% (n=136)	10,7%	0,7%
KV RegioMed Bereitschaftspraxis	9,5% (n=38)	9,5%	0,0%
mit einem Kind			
Notaufnahme	36,3% (n=105)	31,8%	4,5%
ärztlicher Bereitschaftsdienst	15,8% (n=43)	13,6%	2,2%
KV RegioMed Bereitschaftspraxis	15,4% (n=16)	14,4%	1,0%
Rettungsdienst	7,6% (n=22)	6,6%	1,0%

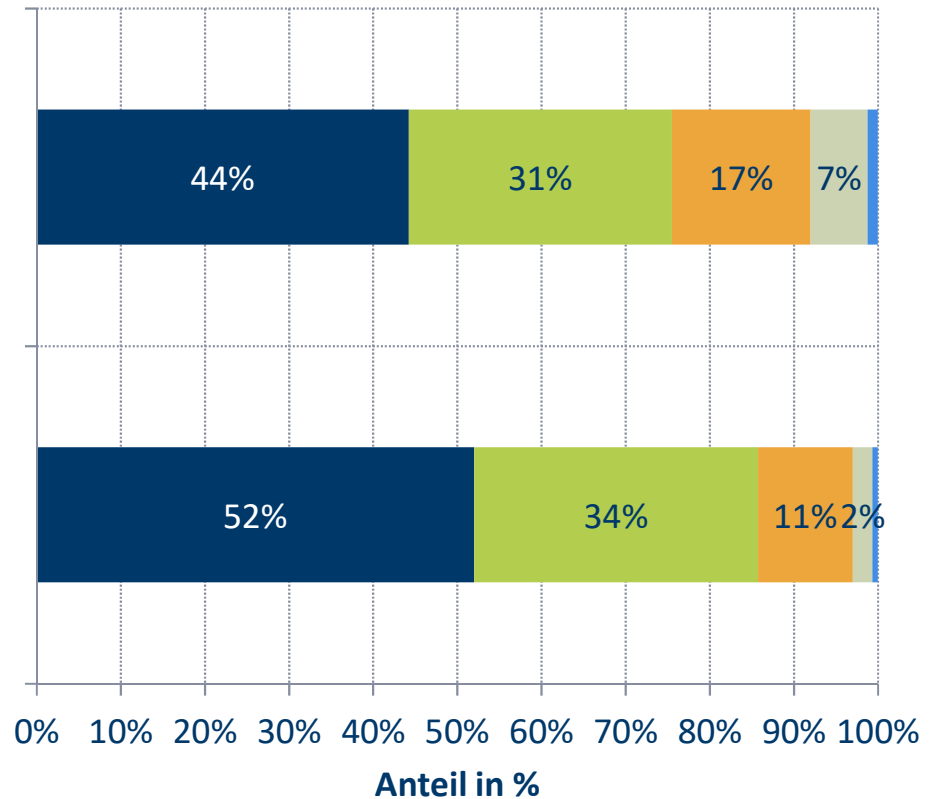
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;

Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert

Großteil bewertet Erreichbarkeit in Notfällen als gut

Für mich sind medizinische Versorgungsmöglichkeiten in Notfällen alles in allem gut erreichbar.

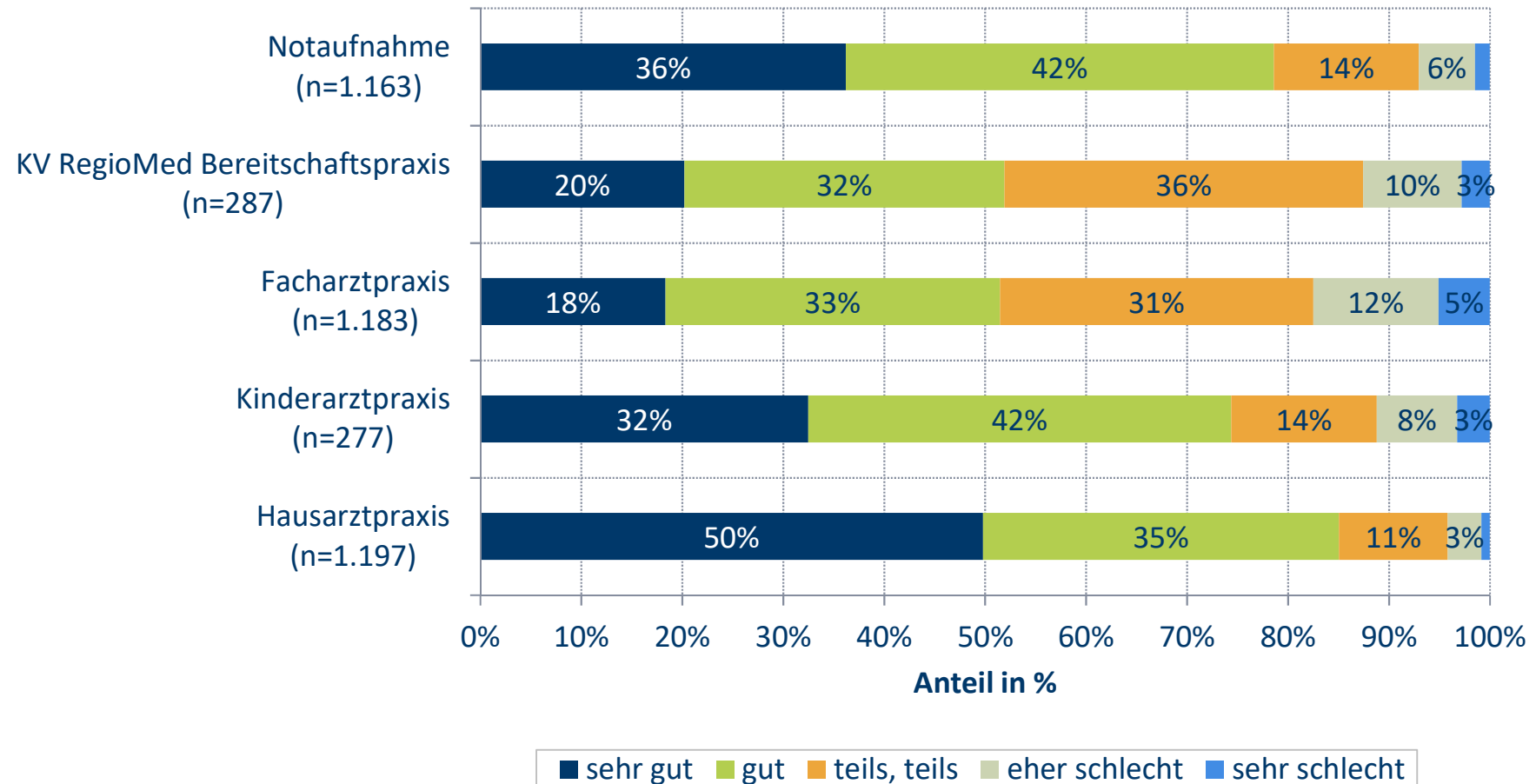
Ich weiß bei medizinischen Notfällen, an welche Versorgungsmöglichkeit ich mich am besten wenden kann.



■ trifft voll und ganz zu ■ trifft eher zu ■ teils, teils ■ trifft eher nicht zu ■ trifft gar nicht zu

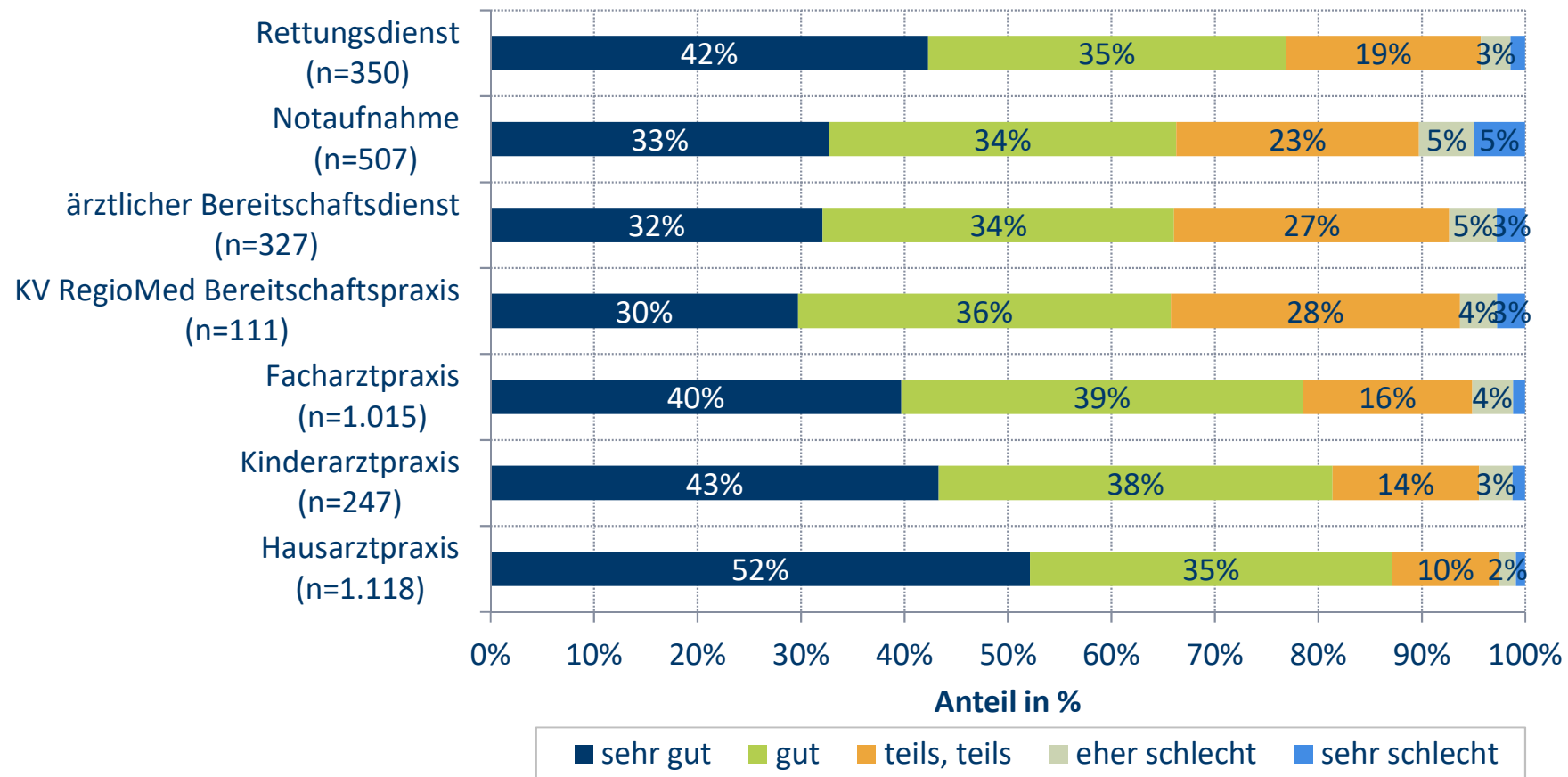
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

Erreichbarkeit der Facharztpraxis und KV RegioMed am schlechtesten eingeschätzt



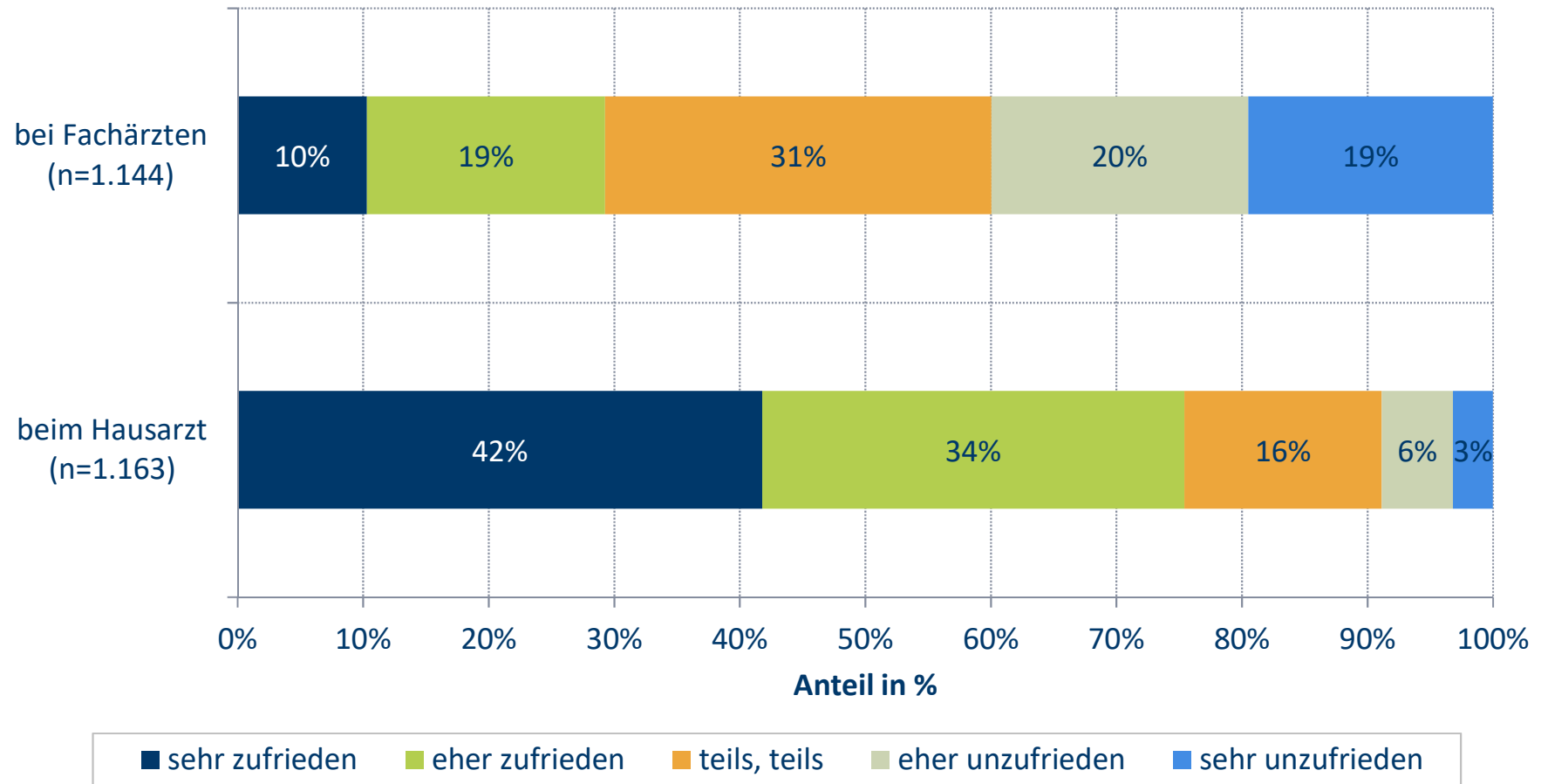
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung
 Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert;
 Frage; Wie beurteilen sie die Erreichbarkeit der folgenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten für Sie persönlich?

Zufriedenheit mit der Behandlung hoch



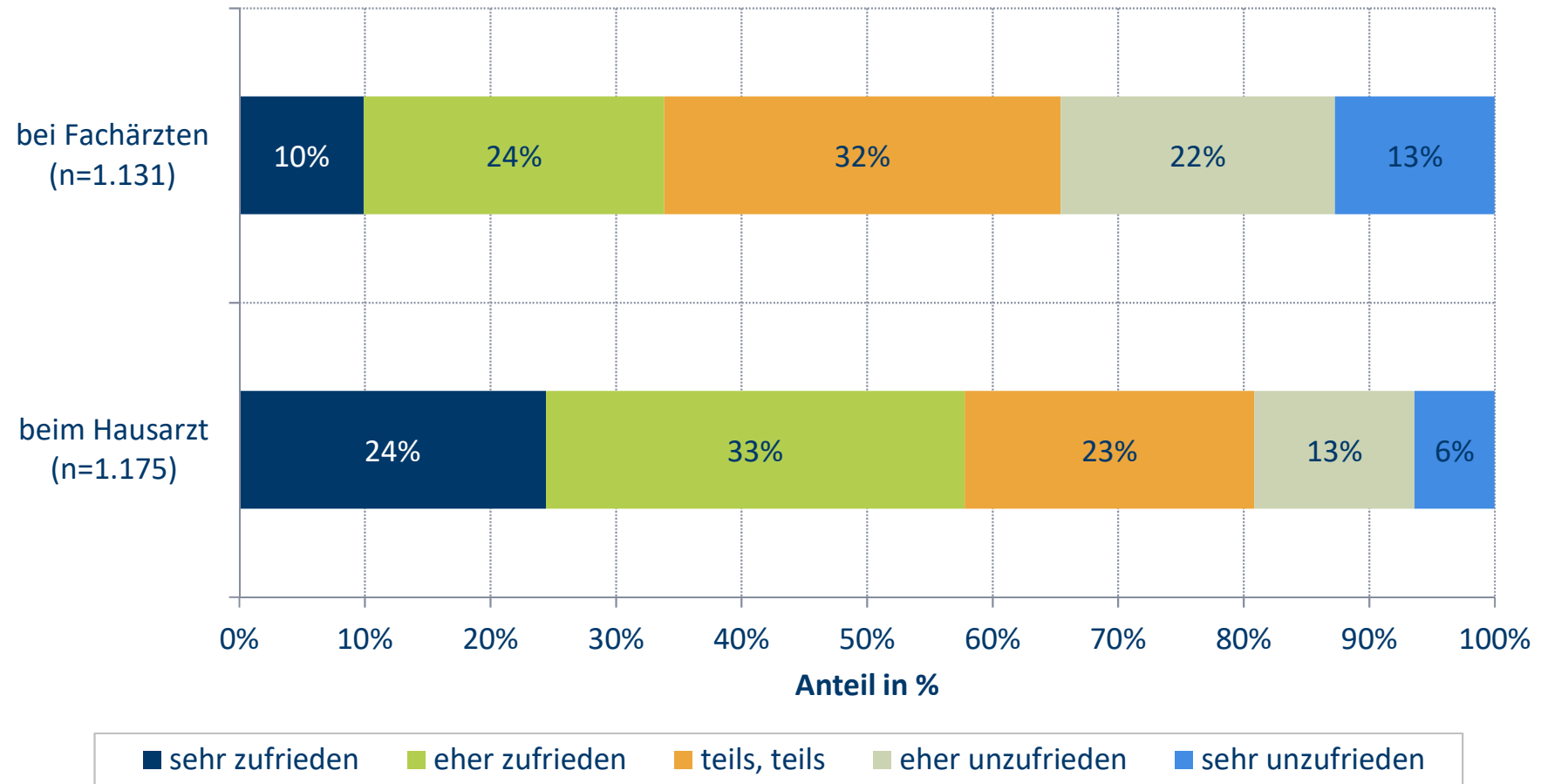
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung
 Anmerkung: Die Bezeichnung „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ wurde mittlerweile in „Ärztliche Bereitschaftspraxis“ geändert;
 Frage: Wie zufrieden waren Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrer medizinischen Behandlung durch ...

Knapp die Hälfte unzufrieden mit den Wartezeiten auf Termin bei Fachärzten



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Frage: Wie zufrieden sind Sie mit den Wartezeiten auf einen Termin in Ihrer Region?

Rund 34% unzufrieden mit Wartezeiten in Facharzt-Praxis

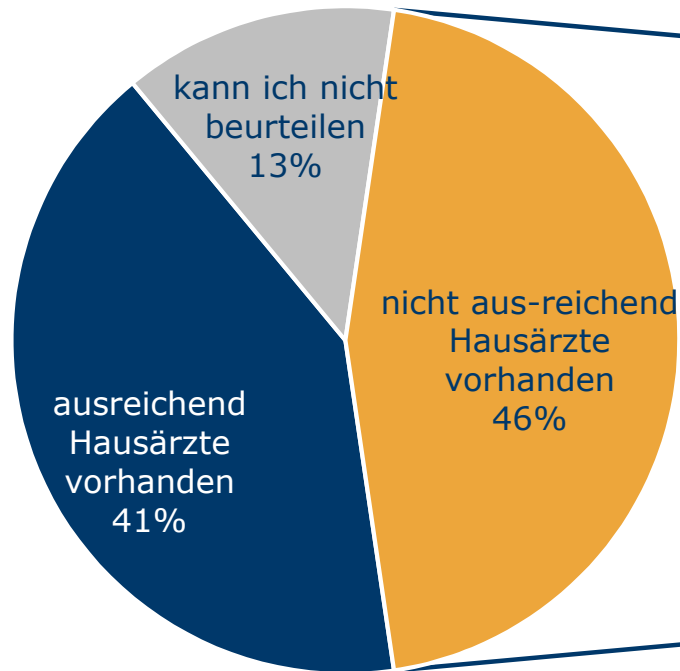


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Frage: Wie zufrieden sind Sie mit den Wartezeiten in den Praxen in Ihrer Region?

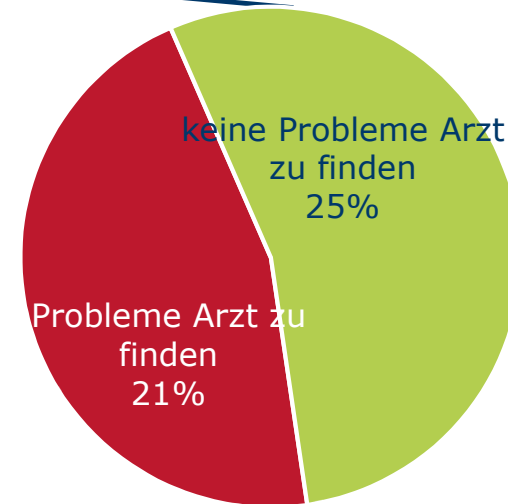
Jeder Fünfte mit Problemen, einen Hausarzt zu finden

Sind Ihrer Meinung nach ausreichend Hausärzte in Ihrer Region vorhanden?

Und hatten Sie deshalb schon einmal Probleme, einen Hausarzt zu finden?



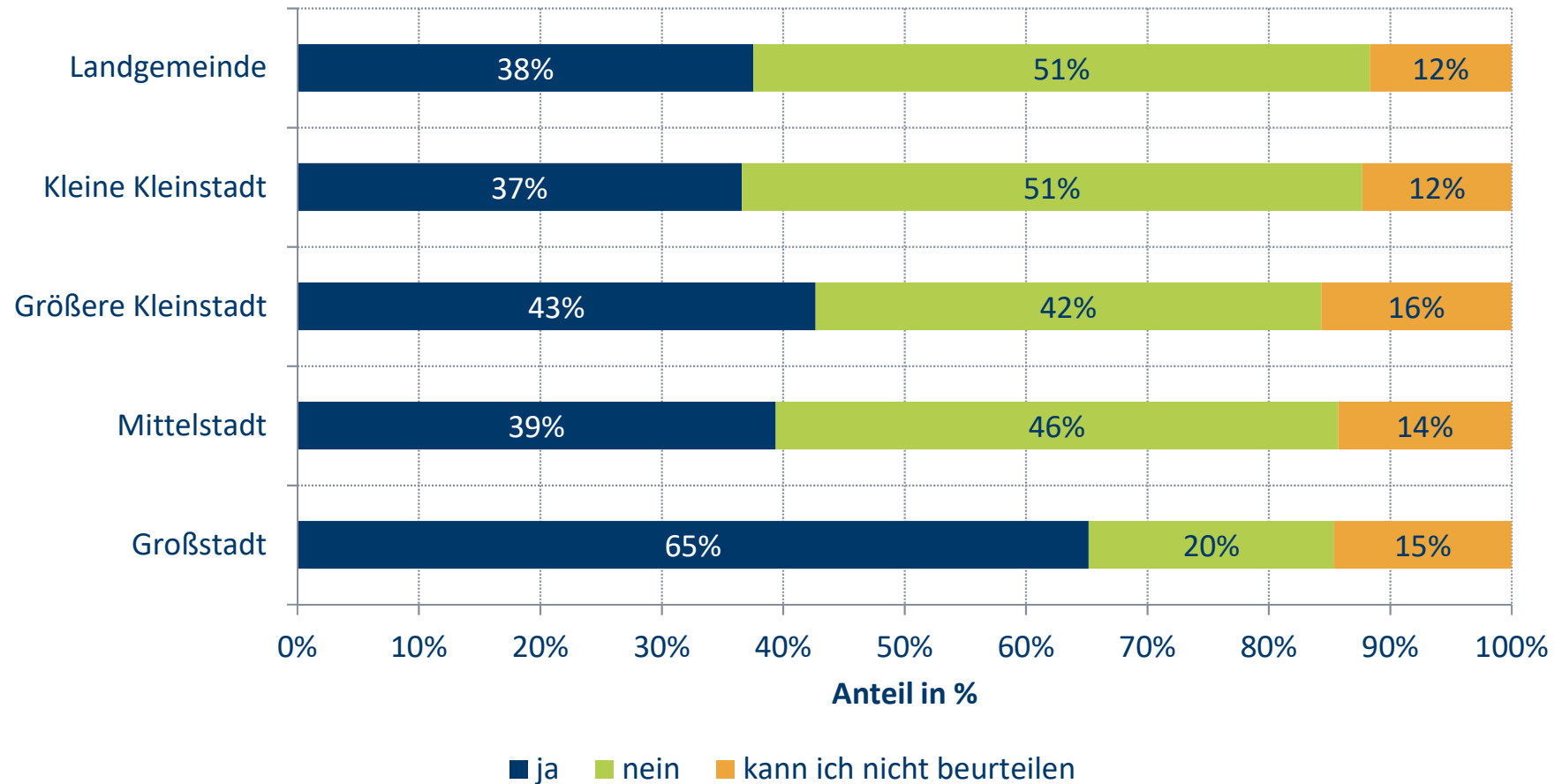
n=1.200



n=544

Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

Hälfte der ländlichen Bevölkerung konstatiert Hausarztmangel

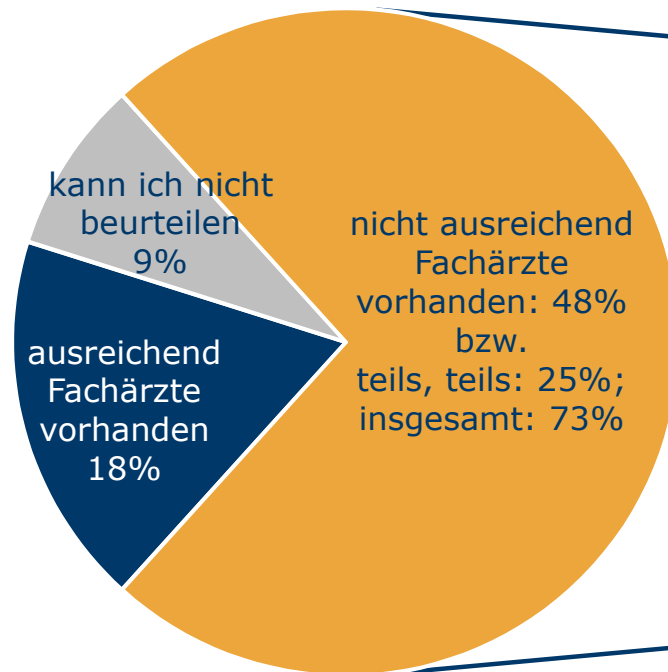


Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

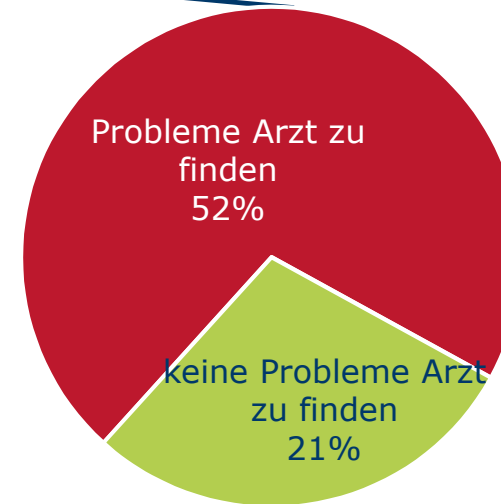
Mehr als die Hälfte mit Problemen, einen Facharzt zu finden

Sind Ihrer Meinung nach ausreichend Fachärzte in Ihrer Region vorhanden?

Und hatten Sie deshalb schon einmal Probleme, einen Facharzt zu finden?



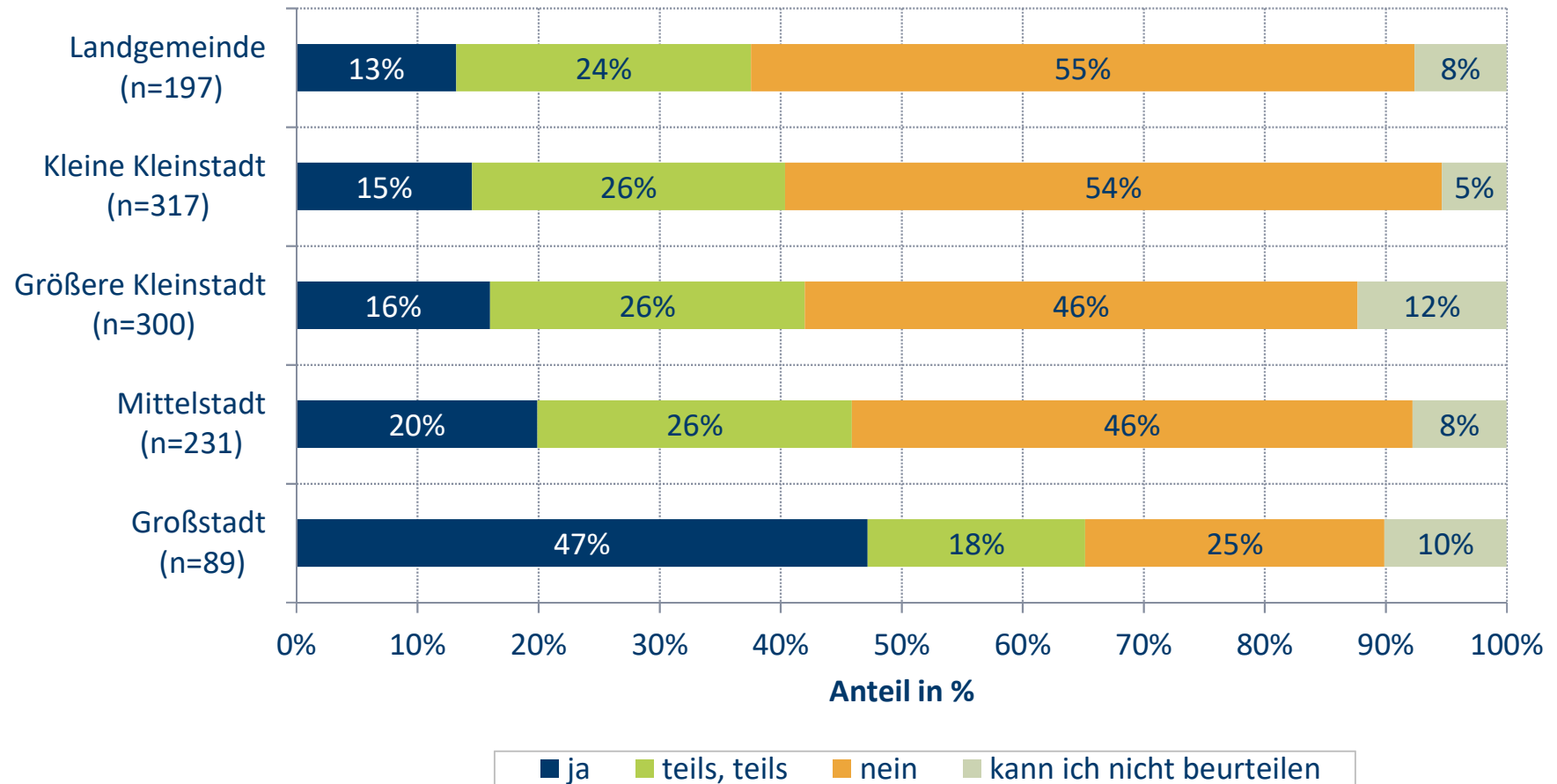
n=1.200



n=881

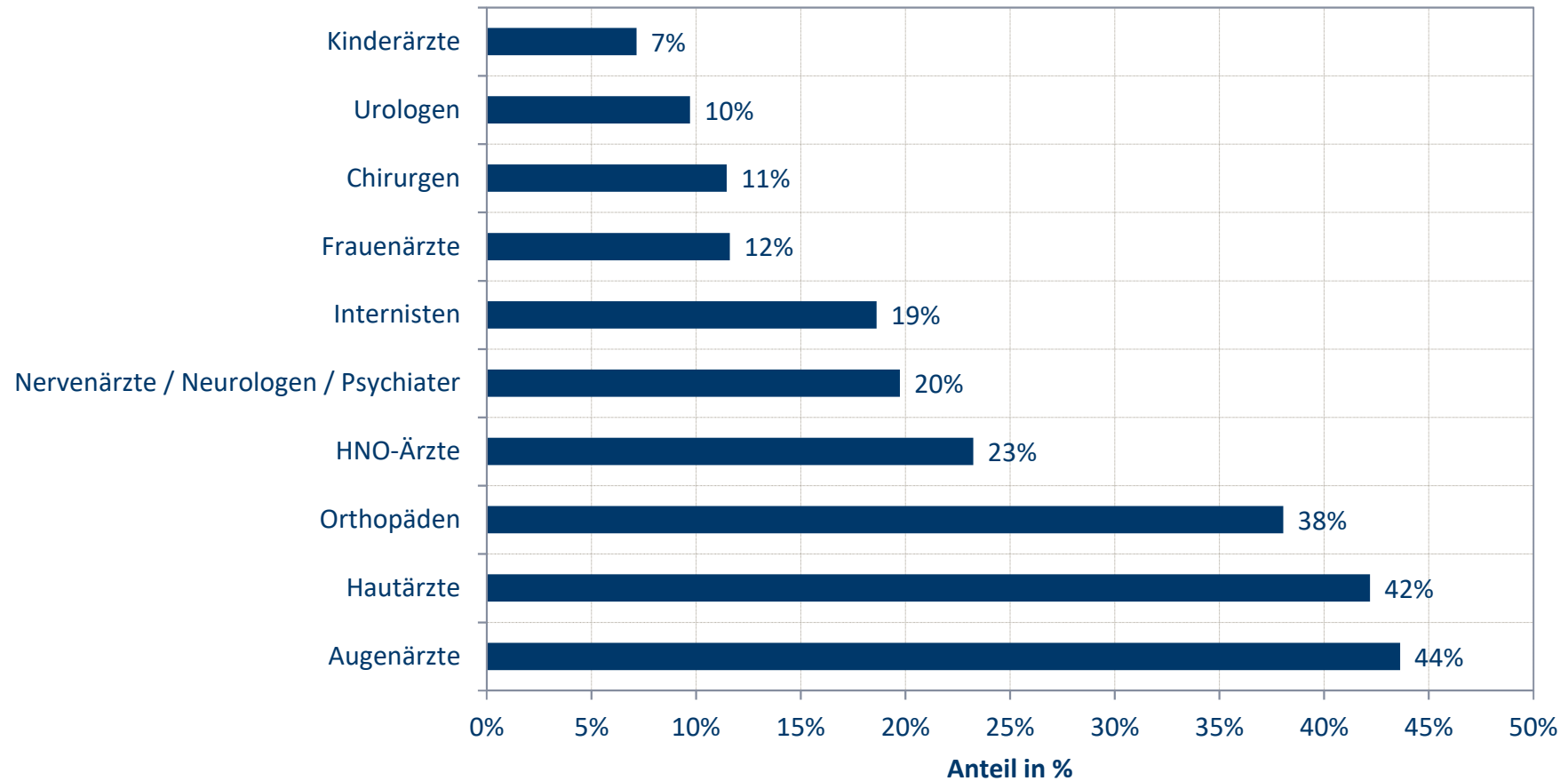
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

Rd. 80% der ländlichen Bevölkerung konstatieren (teilweisen) Facharztmangel



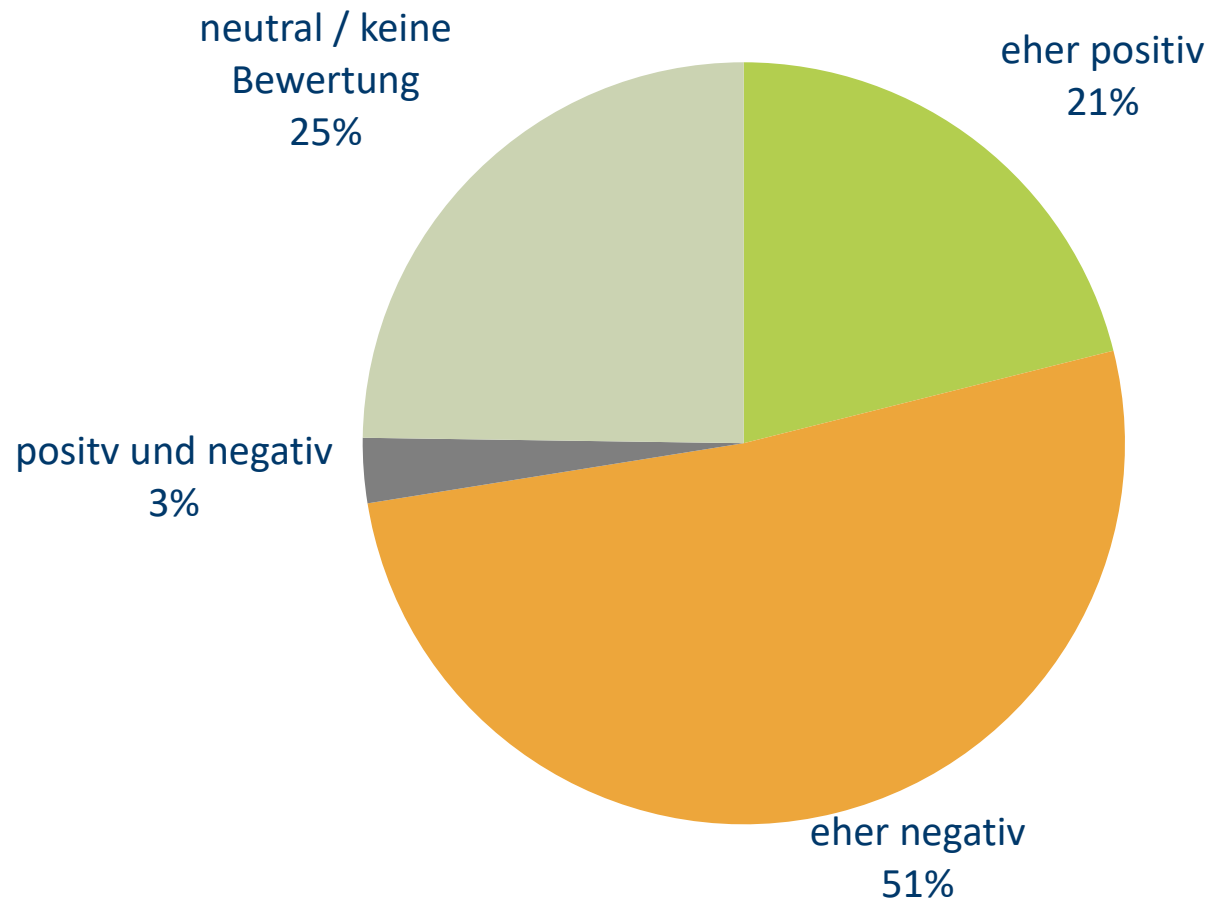
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung

Facharztmangel betrifft vor allem Augen-, Hautärzte und Orthopäden



Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Anmerkung: 628; Mehrfachnennungen waren möglich; Frage: Und was waren das für Fachärzte, die Sie gesucht und nicht gefunden haben?

Offene Frage zur medizinischen Notfallversorgung in der Region



n = 327

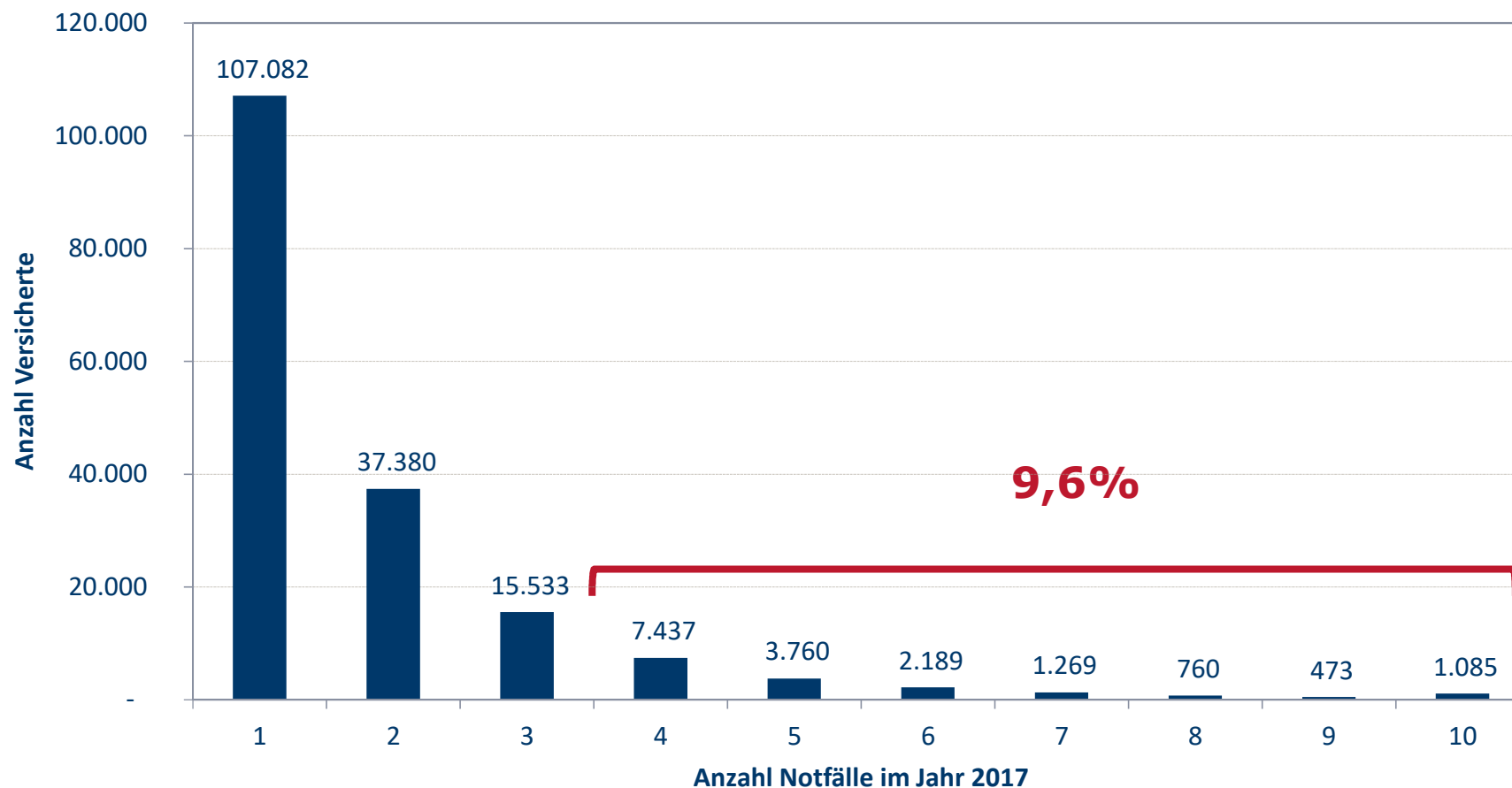
Quelle: IGES auf Basis der Bevölkerungsbefragung;
Frage: Möchten Sie uns noch etwas mitteilen im Hinblick auf die medizinische Notfall-versorgung in Ihrer Region?

6.1.5 Patienten

Auswertung von Abrechnungsdaten der Krankenkassen

Mehrfach-Inanspruchnahme der NAV

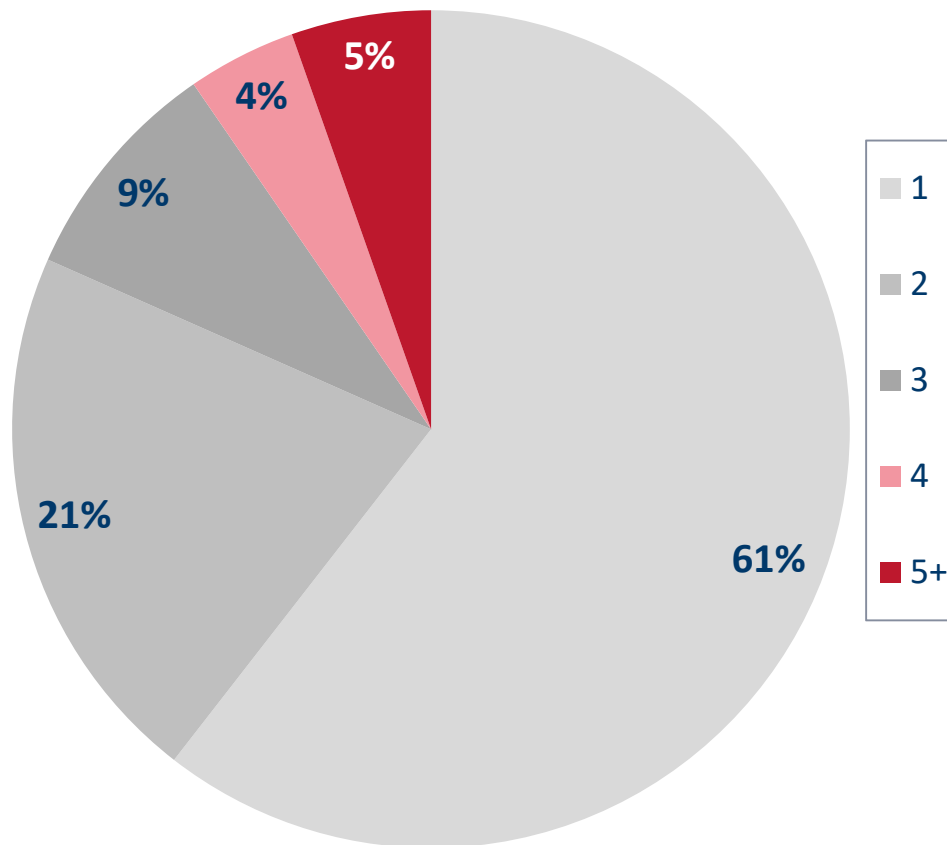
Fast 10% der Notfallpatienten mit 4 und mehr Notfällen



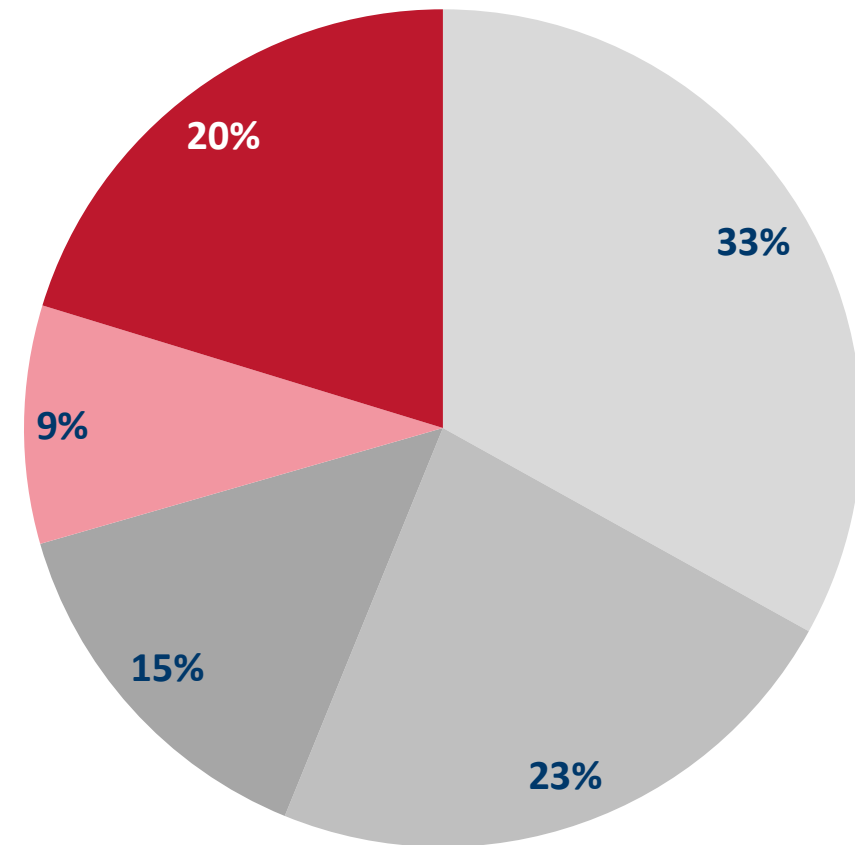
Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK NO und KBS

Rund 29% aller Akut-/Notfälle entfallen auf 9% der Notfallpatienten (2017)

Verteilung **Patienten** nach Anzahl Akut-/Notfälle

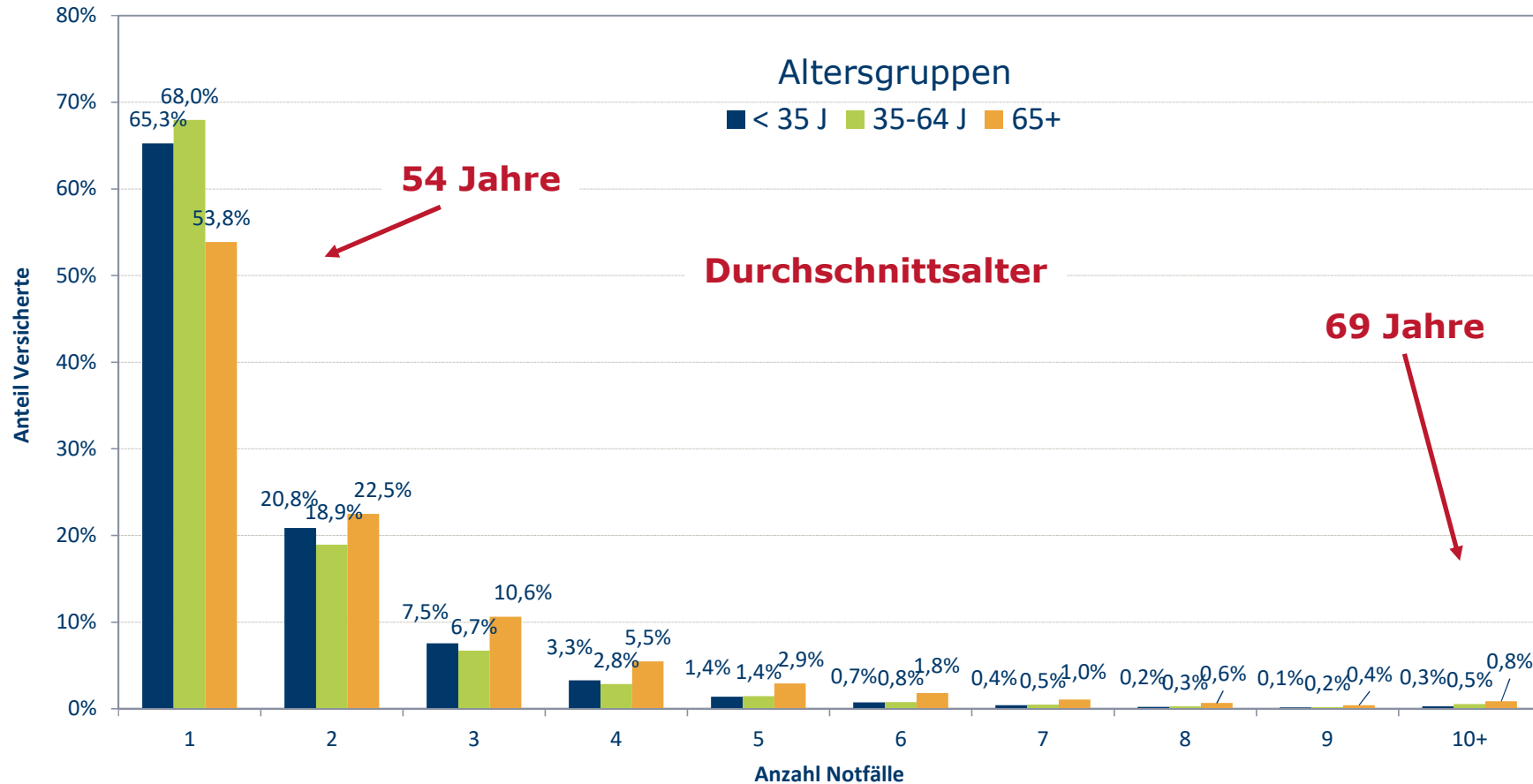


Anteil Patienten nach Anzahl Akut-/Notfälle an **Gesamtfallzahl**



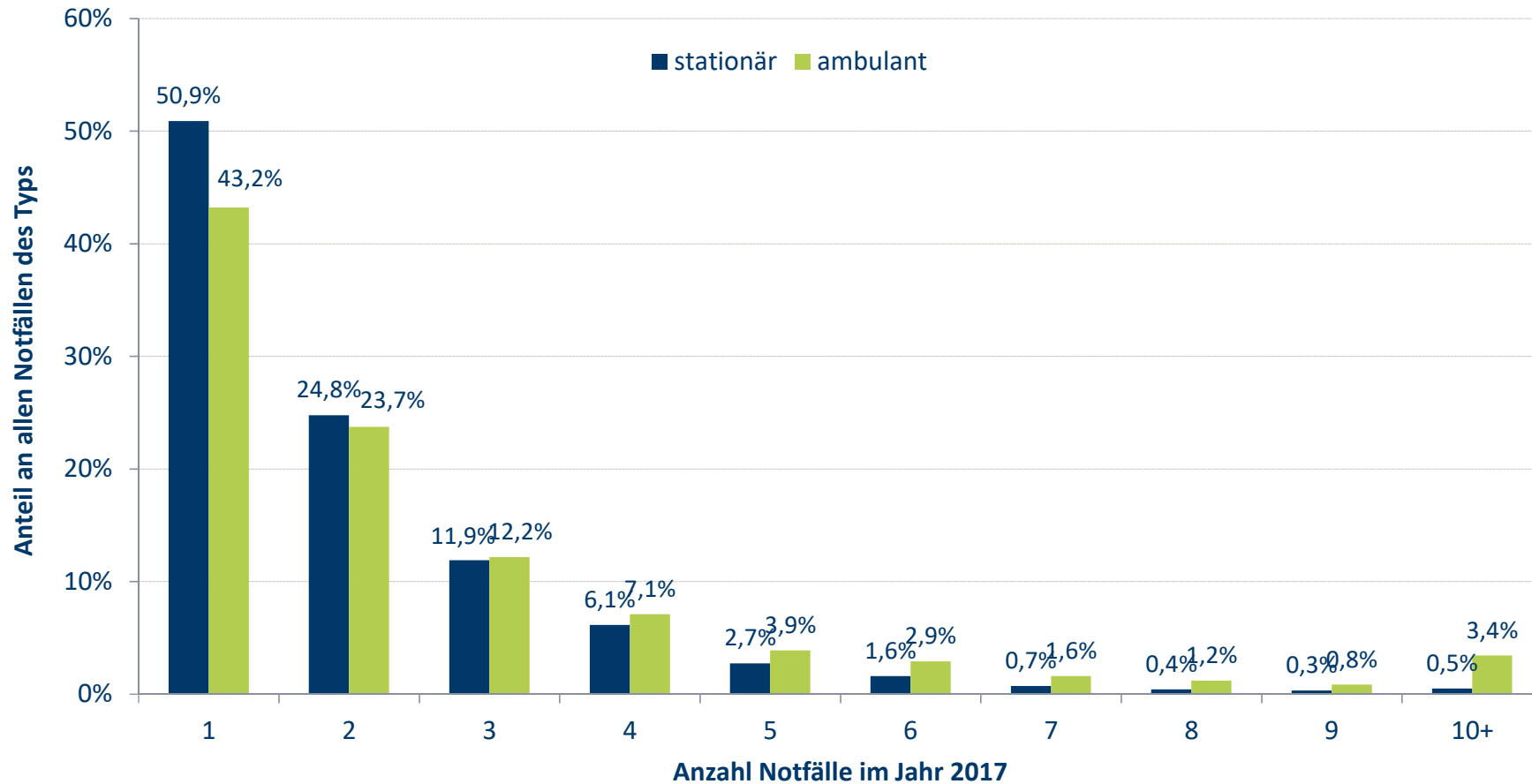
Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK NO und KBS

Ältere Versicherte mit durchschnittlich mehr Notfällen im Jahr (2017)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK NO und KBS

Notfallpatienten mit mehrfachen Notfällen häufiger ambulant (2017)

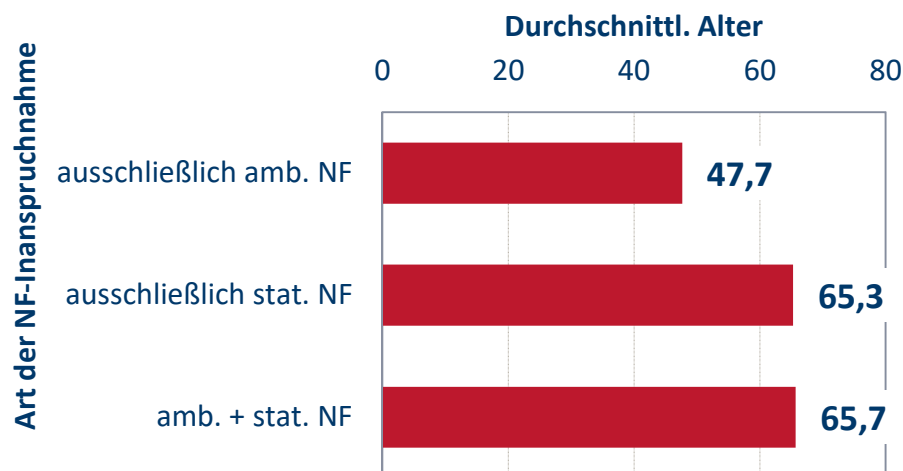


Quelle: iGES auf Basis von Daten der AOK NO und KBS

70% der Notfallpatienten werden (auch) ambulant versorgt

Art der Not-/Akutfälle	Anzahl Notfälle	Anzahl Versicherte	Anteil
ausschließlich ambulant	1+	88.782	50%
ausschließlich stationär	1+	52.792	30%
ambulant und stationär	2+	35.394	20%
insgesamt		176.968	

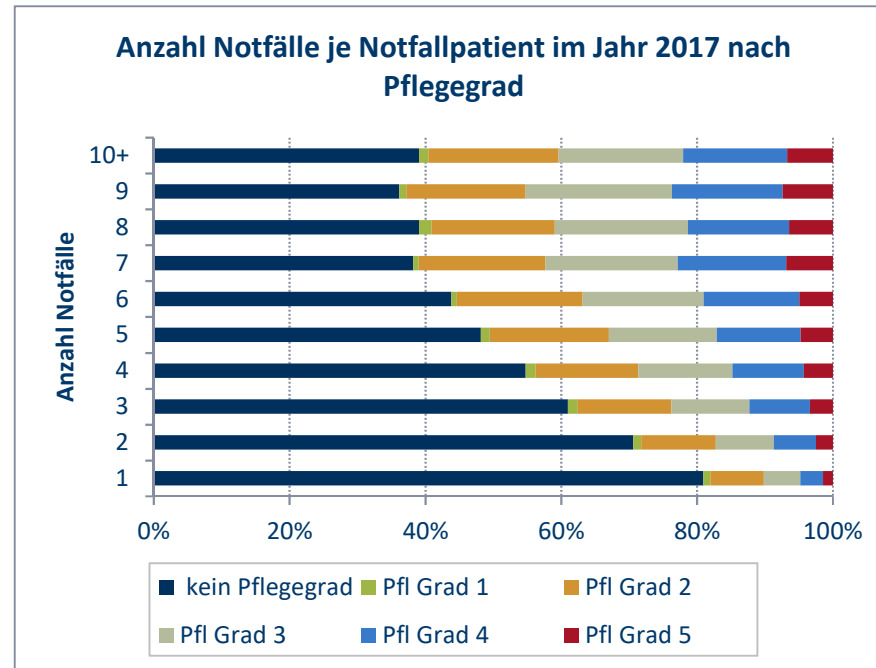
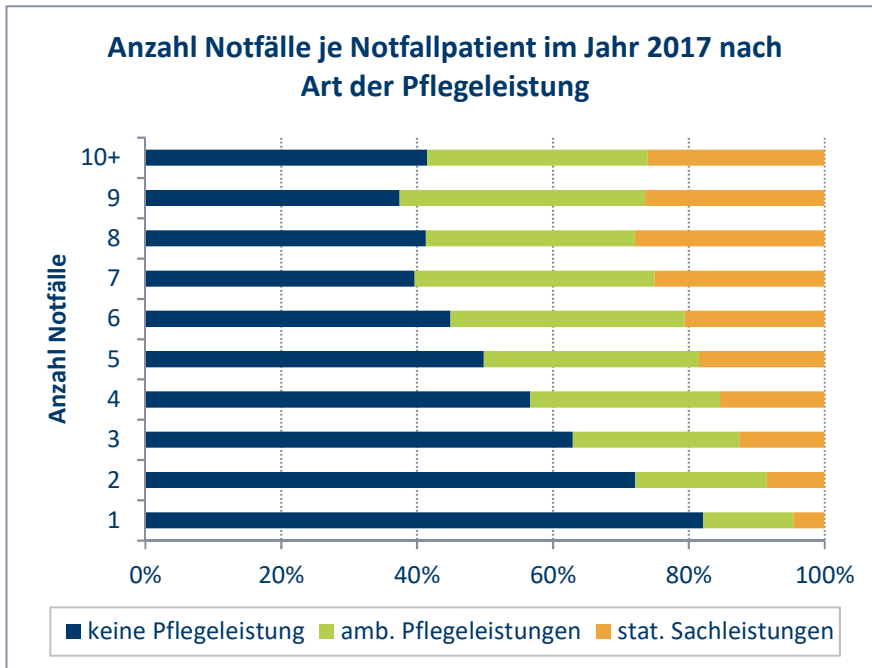
- 30% der Notfallpatienten ausschließlich stationär versorgt.



- Ältere Notfallpatienten benötigen häufiger stationäre Versorgung.

Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK NO und KBS

Pflegebedürftige: überproportionaler Anteil an Mehrfach-Notfallpatienten



- Auf Pflegebedürftige entfällt (mehr) als die Hälfte der Notfallpatienten mit mehrfachen Notfällen im Jahr (≥ 5).
- Anteile Patienten in Heimen und mit hohen Pflegegraden steigen überproportional stark mit Anzahl der Notfälle je Notfallpatient.

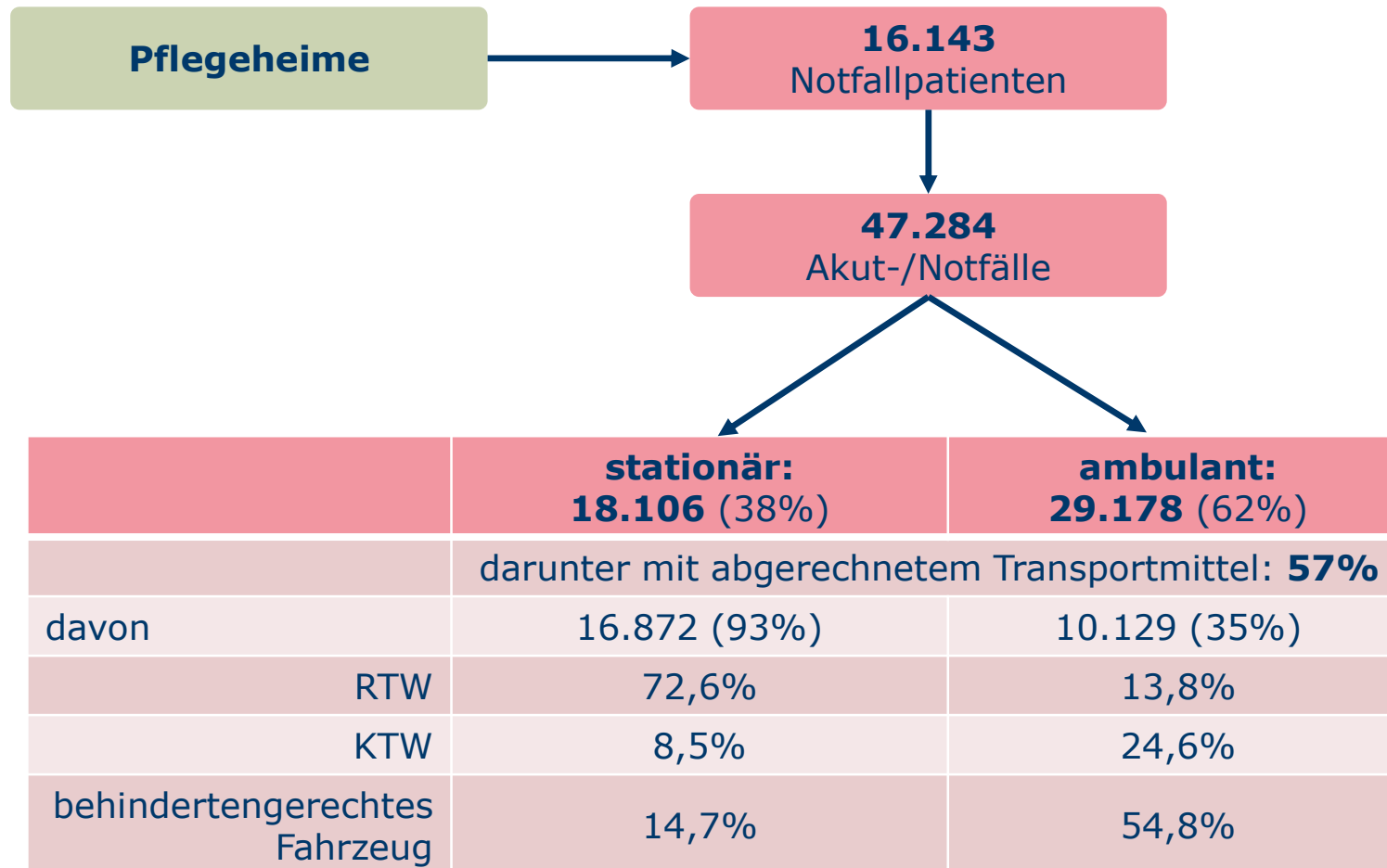
Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK NO und KBS

Pflegeheimbewohner: überproportionaler Anteil an Mehrfach-Notfallpatienten

Bundesland		Notfallpatienten aus Pflegeheimen (n = 16.143 bzw. rd. 9% aller Notfallpatienten)		
		Anteil an Notfallpatienten insg.	Anteil an amb. Notfallpatienten	Anteil an stat. Notfallpatienten
nach Anzahl Notfälle je Patient	1	5,1%	6,8%	9,8%
	2	10,2%	12,6%	17,0%
	3	15,9%	19,3%	20,0%
	4	20,7%	26,0%	22,5%
	5	25,3%	29,3%	23,3%
	6	28,8%	30,7%	25,4%
	7	34,0%	36,4%	19,7%
	8	37,0%	40,1%	17,9%
	9	38,1%	44,8%	7,0%
	10+	36,2%	35,4%	15,7%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der AOK NO und KBS

NAV von Pflegeheimbewohnern nach Sektor und erstatteter Transportart

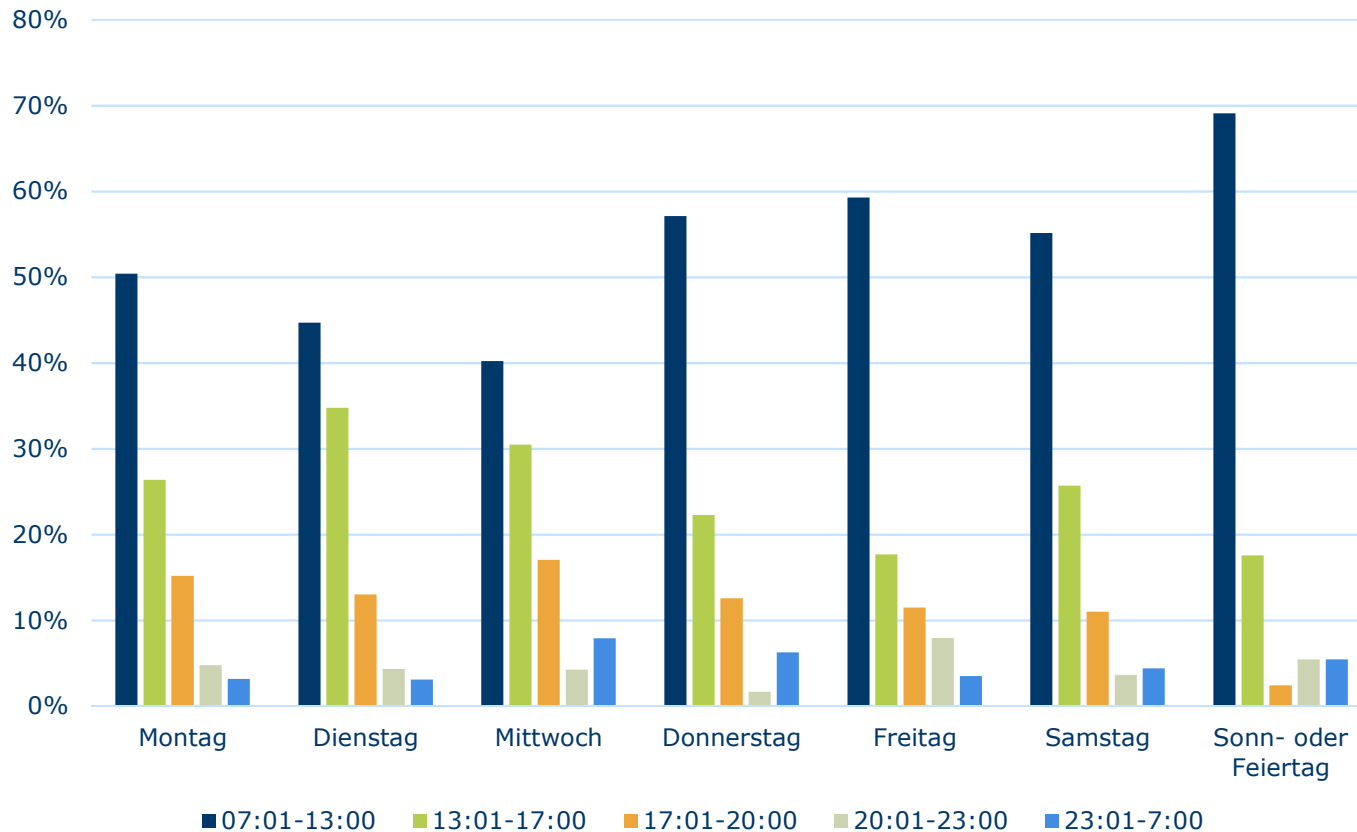


Quelle: iGES auf Basis von Daten der AOK NO und KBS

6.1.5 Patienten Ergebnisse der Patientenbefragung

Ausgabe der Fragebögen Verteilung auf Wochentag und Uhrzeit

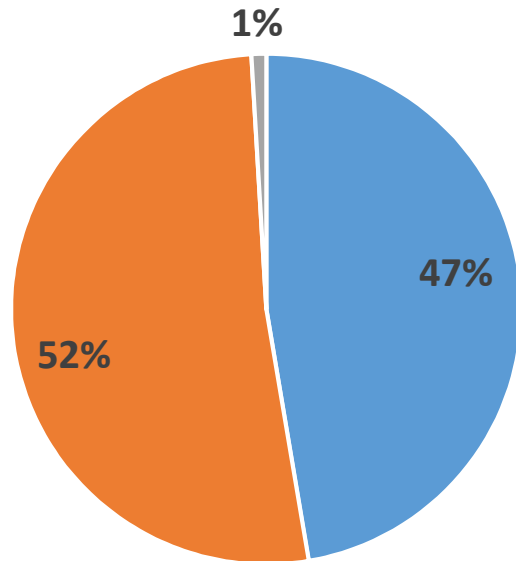
Ausgabe der Fragebögen



Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=1.039)

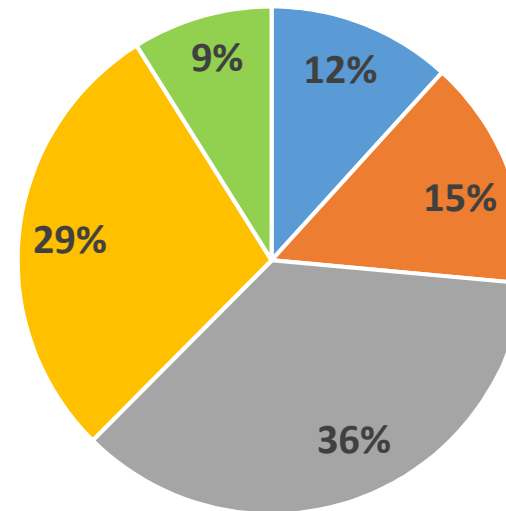
Alters- und Geschlechtsstruktur der Befragungsteilnehmer

Geschlecht (n=643)



■ männlich ■ weiblich ■ divers

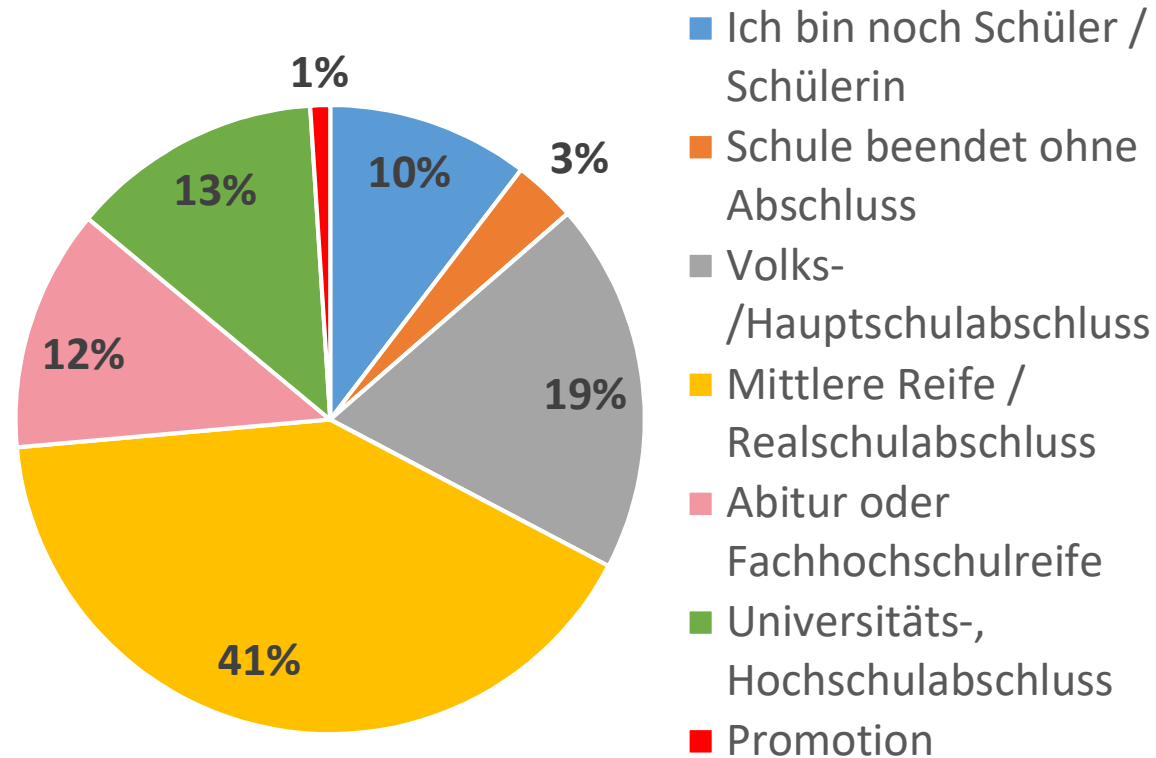
Alter (n=642)



■ Unter 18 Jahre ■ 18 - 30 Jahre ■ 31 - 60 Jahre
■ 61 - 80 Jahre ■ Über 80 Jahre

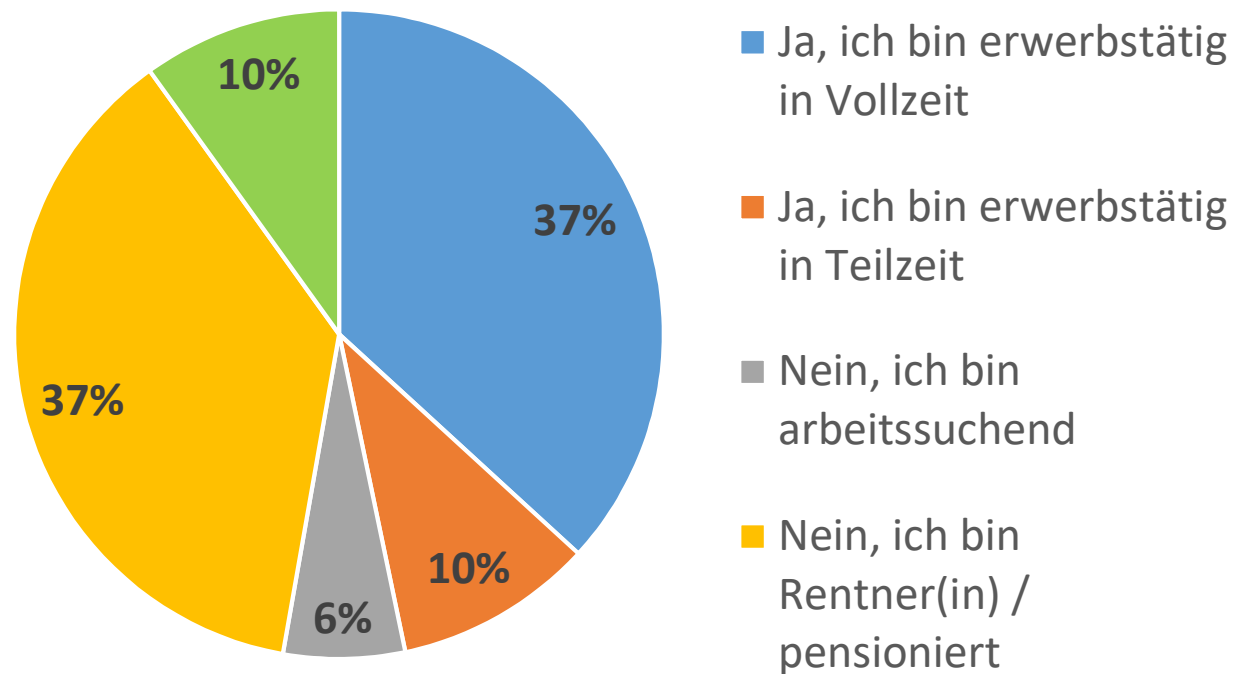
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?



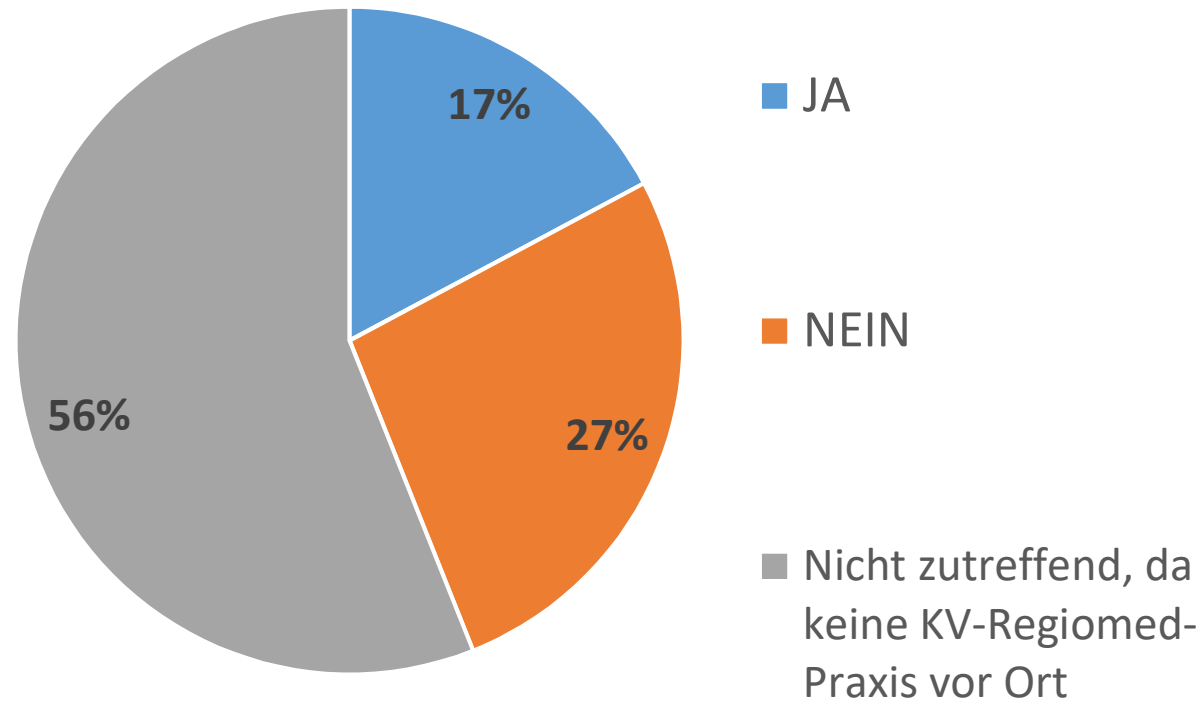
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=597)

Sind Sie erwerbstätig?



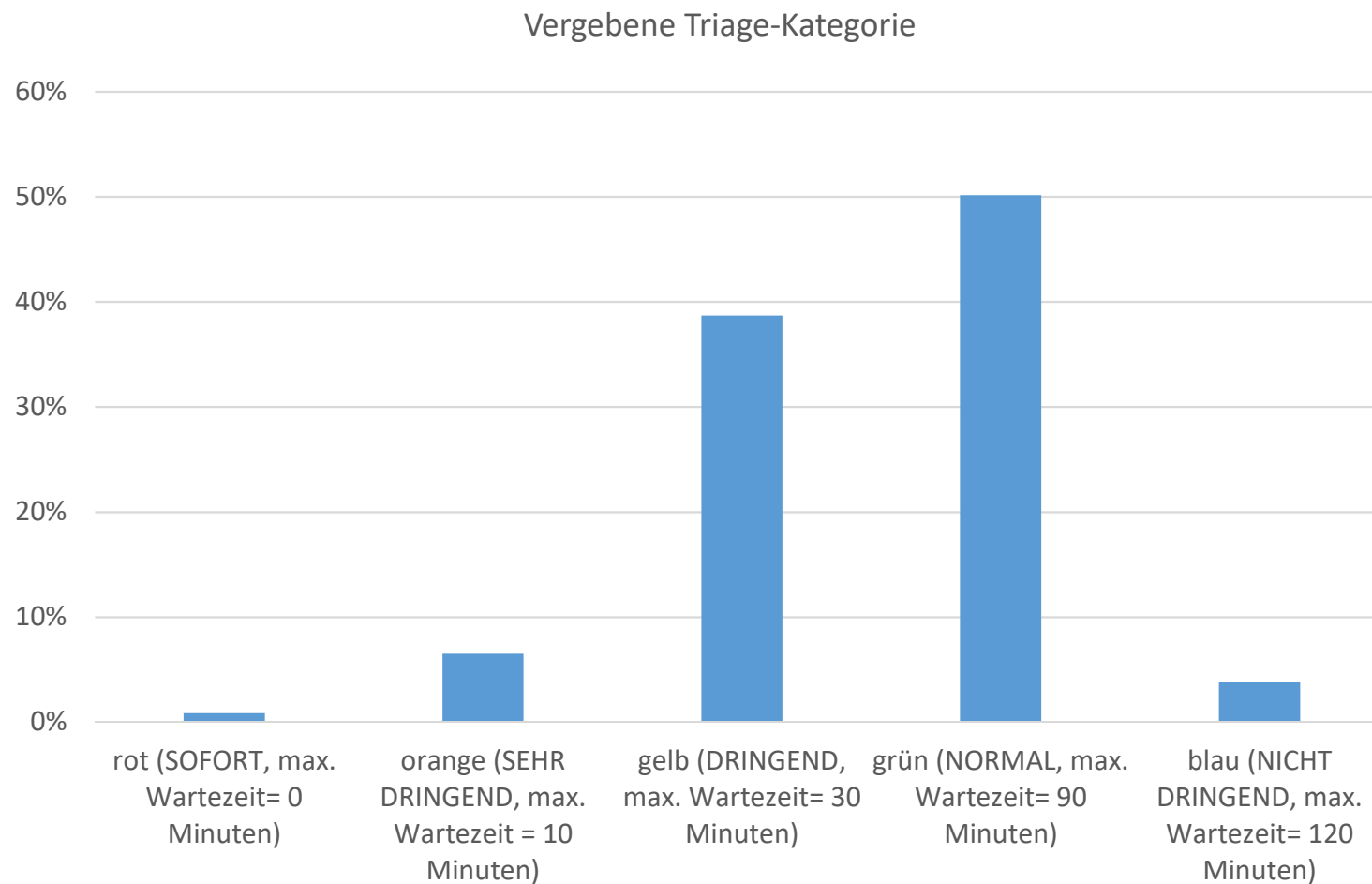
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=601)

Erfolgte die Ausgabe zur Öffnungszeit der ÄBP-Praxis?



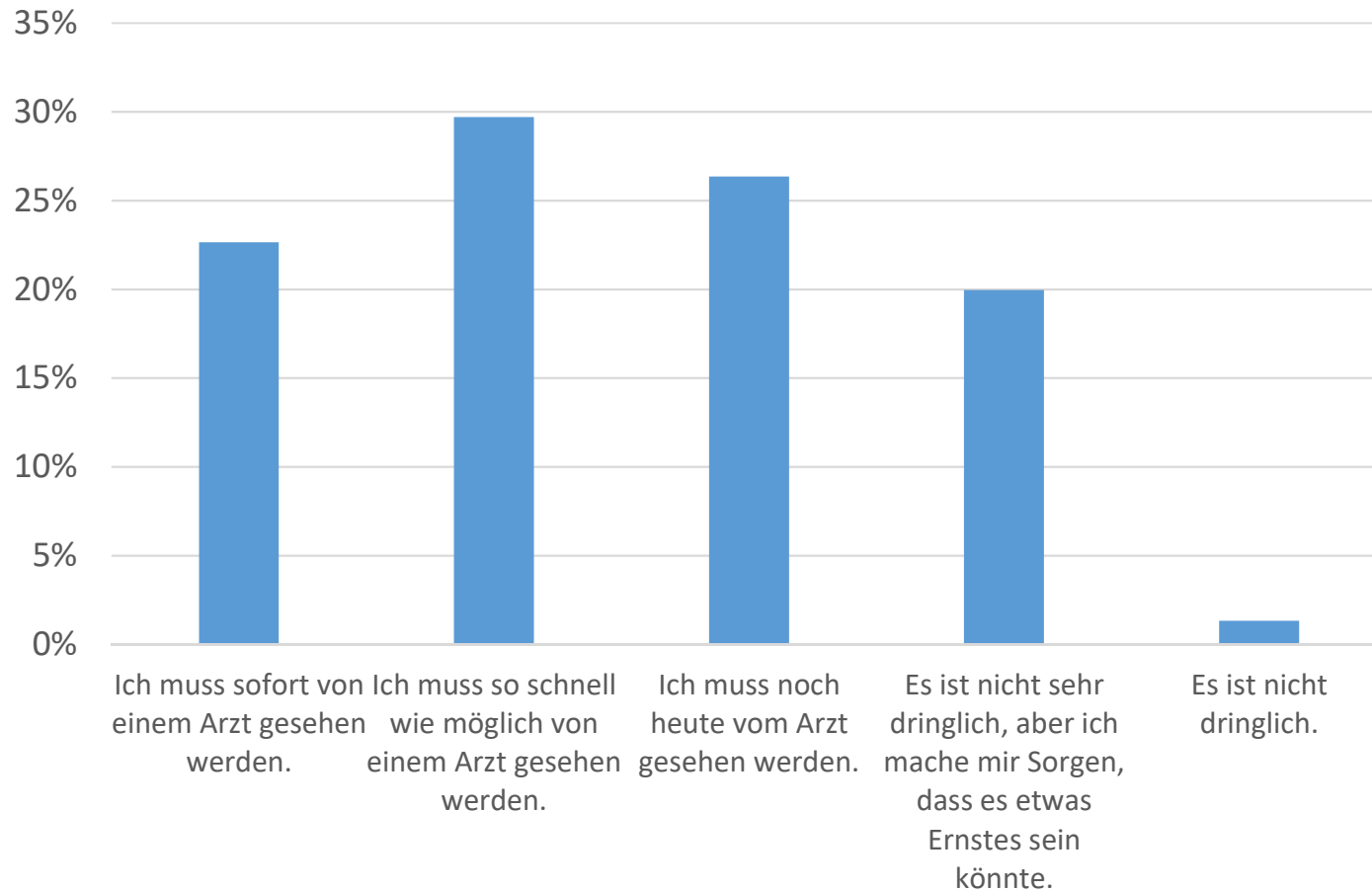
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=1.027)

Vergebene Triage-Kategorie nach MTS



Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=1.019)

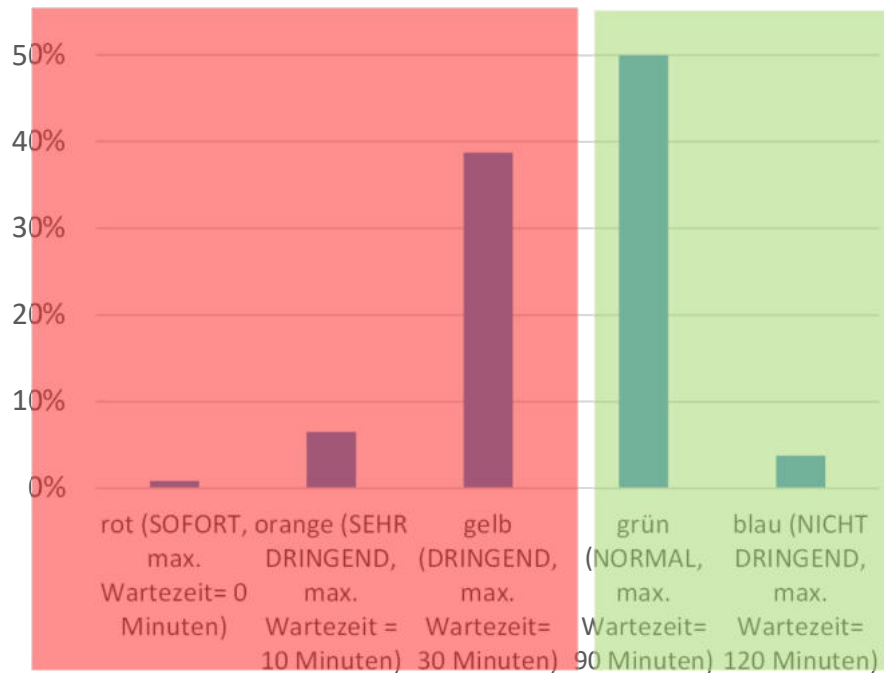
Selbsteinschätzung: Wie dringlich schätzen Sie Ihre Beschwerden ein?



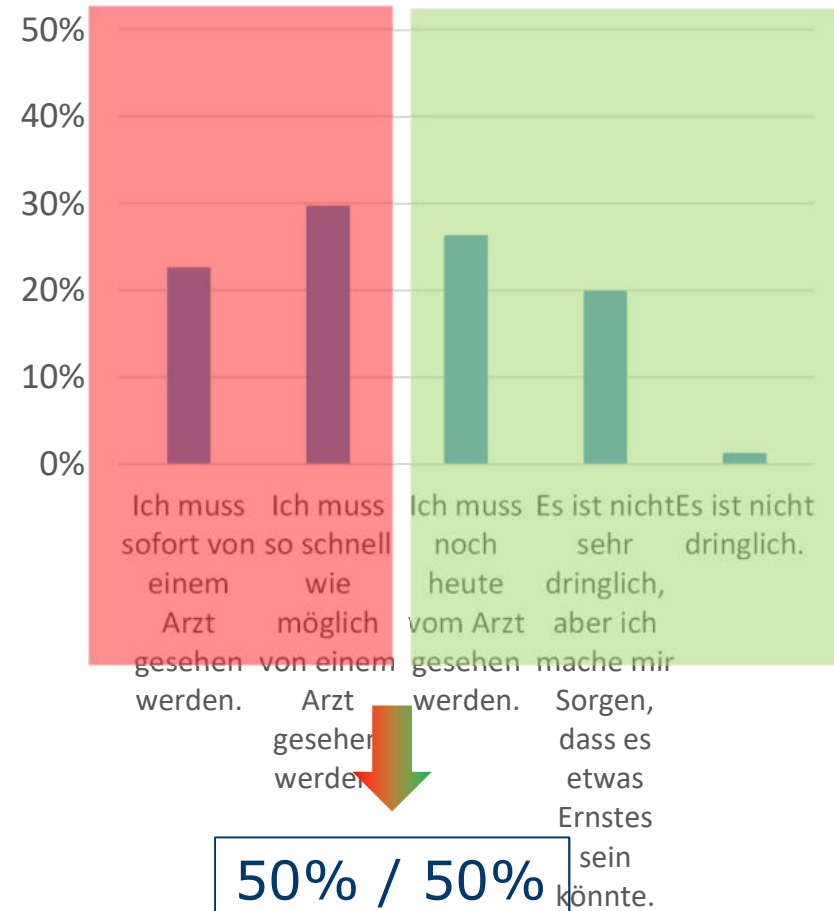
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=610)

Dringlichkeitseinschätzung Vergleich Triagekraft / Selbsteinschätzung

Triagekraft (MTS)



Selbsteinschätzung

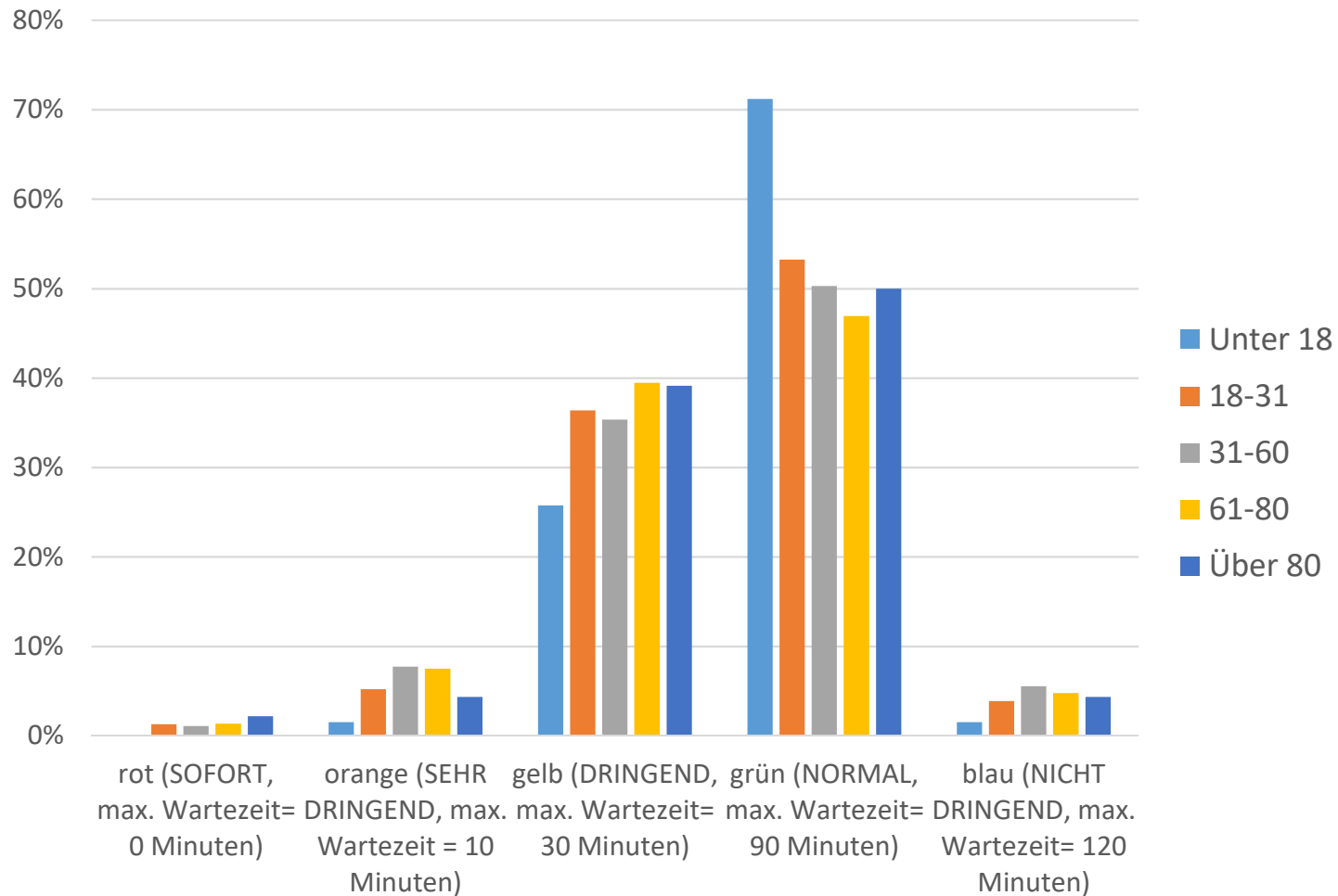


50% / 50%

50% / 50%

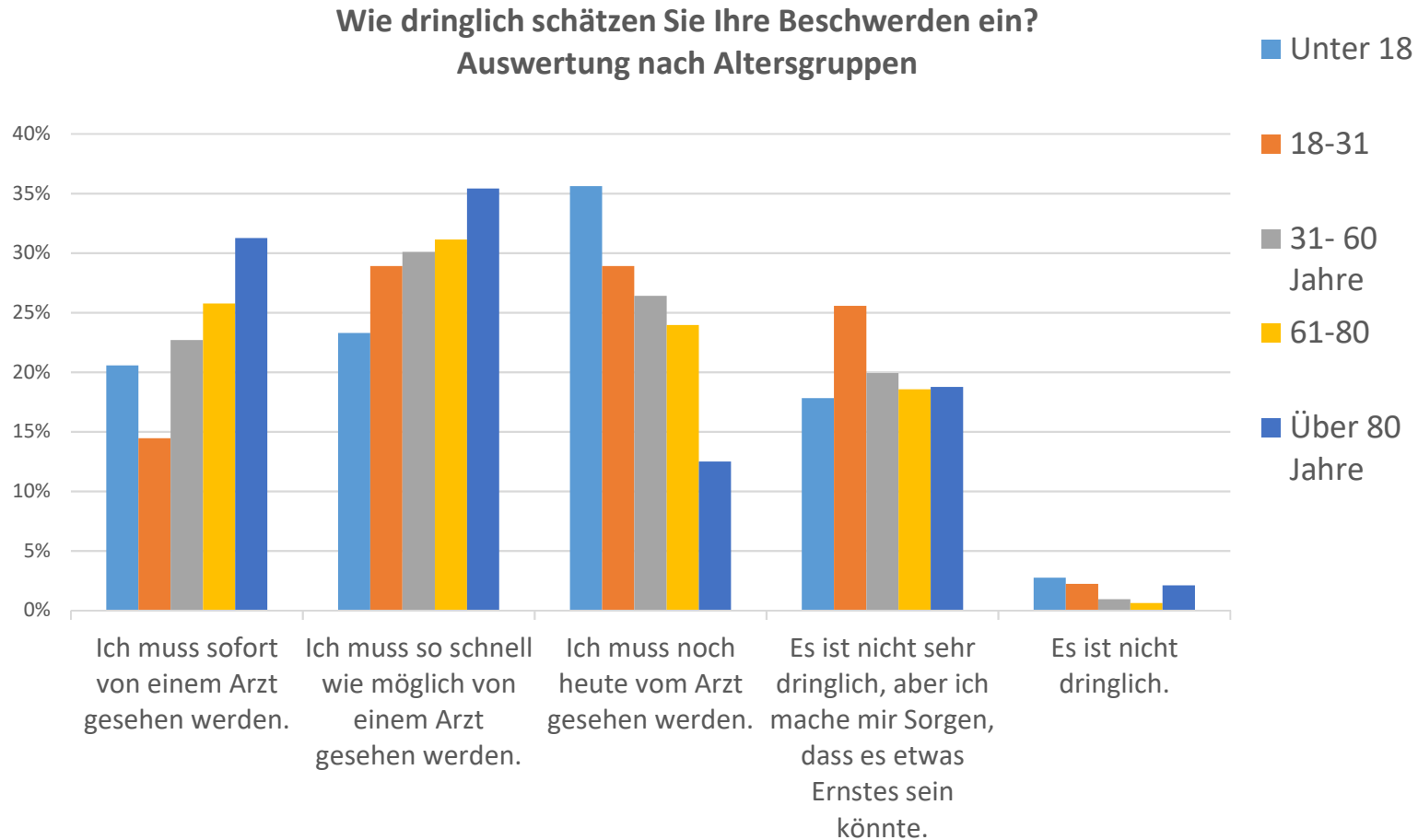
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Triagekategorien: Auswertung nach Altersgruppen



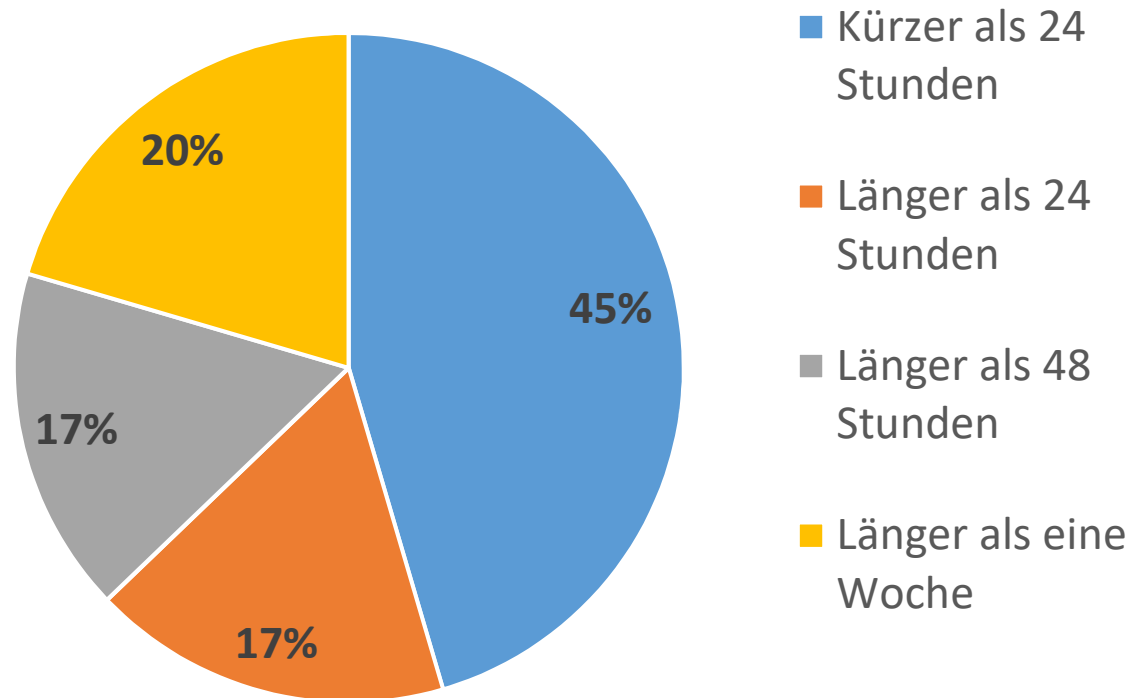
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Selbsteinschätzung: Auswertung nach Altersgruppen



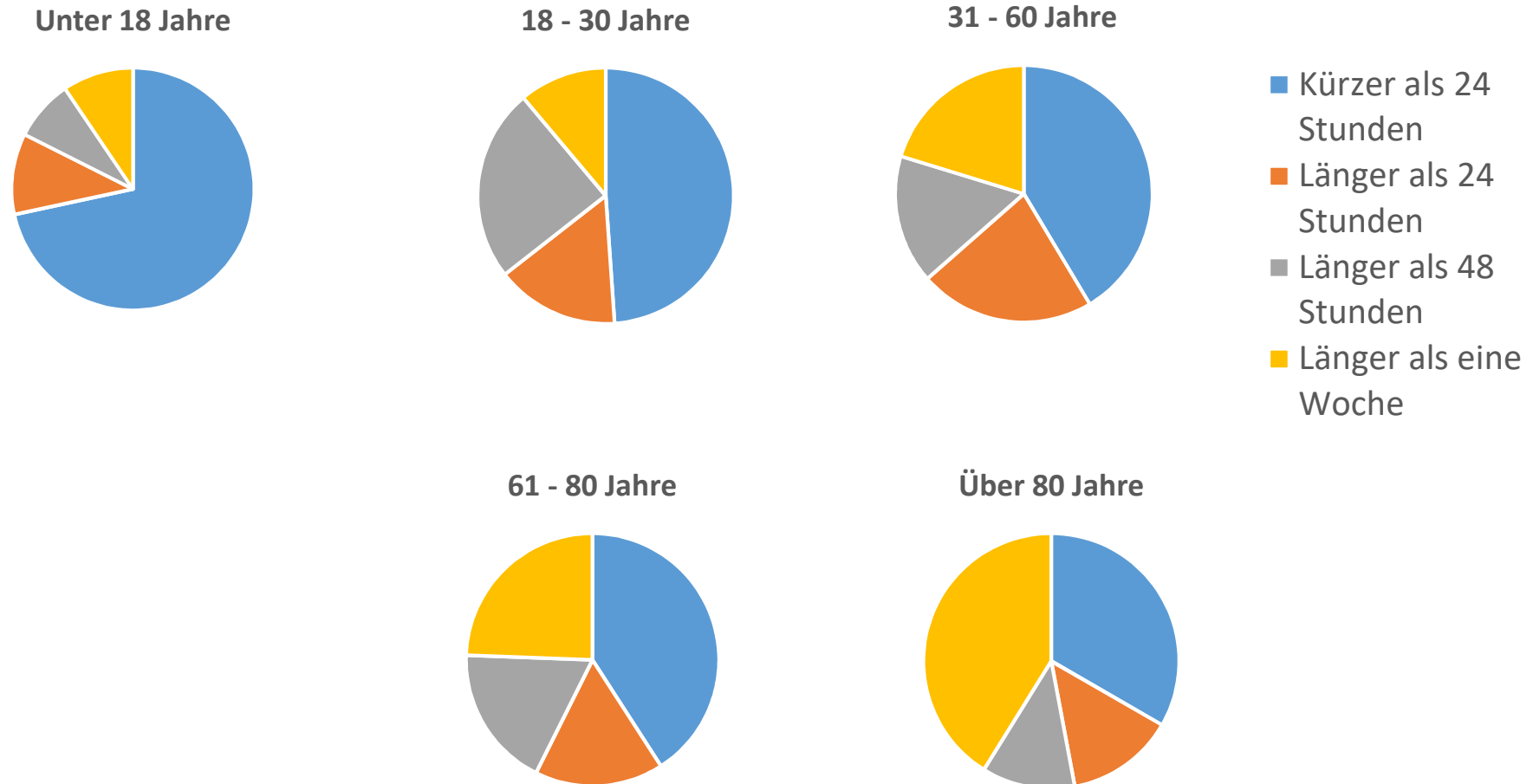
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Wie lange bestehen Ihre aktuellen Beschwerden?



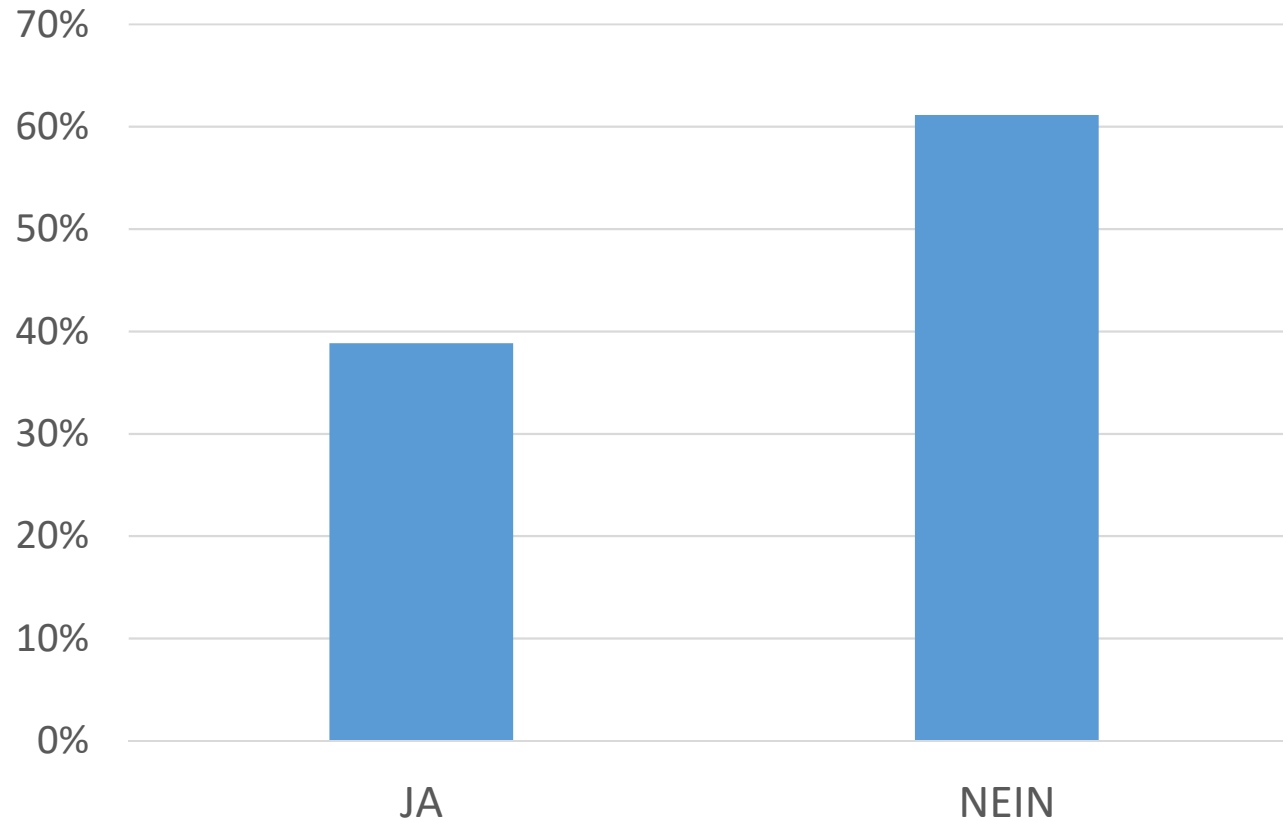
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=619)

Wie lange bestehen Ihre aktuellen Beschwerden?



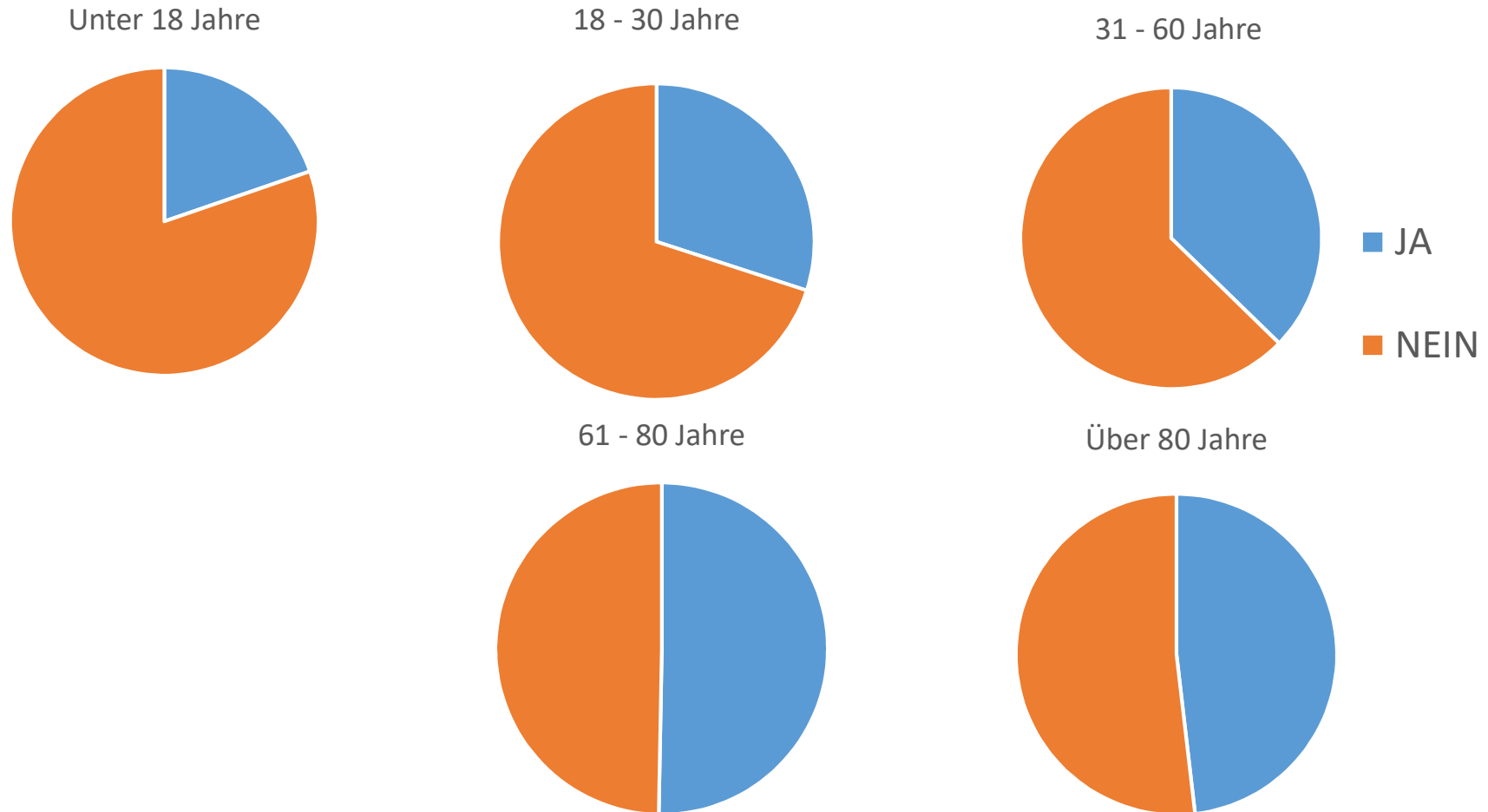
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Hatten Sie Ihren Hausarzt oder einen anderen niedergelassenen Arzt wegen Ihrer aktuellen Beschwerden kontaktiert, bevor Sie die Notfallversorgung in Anspruch genommen haben?



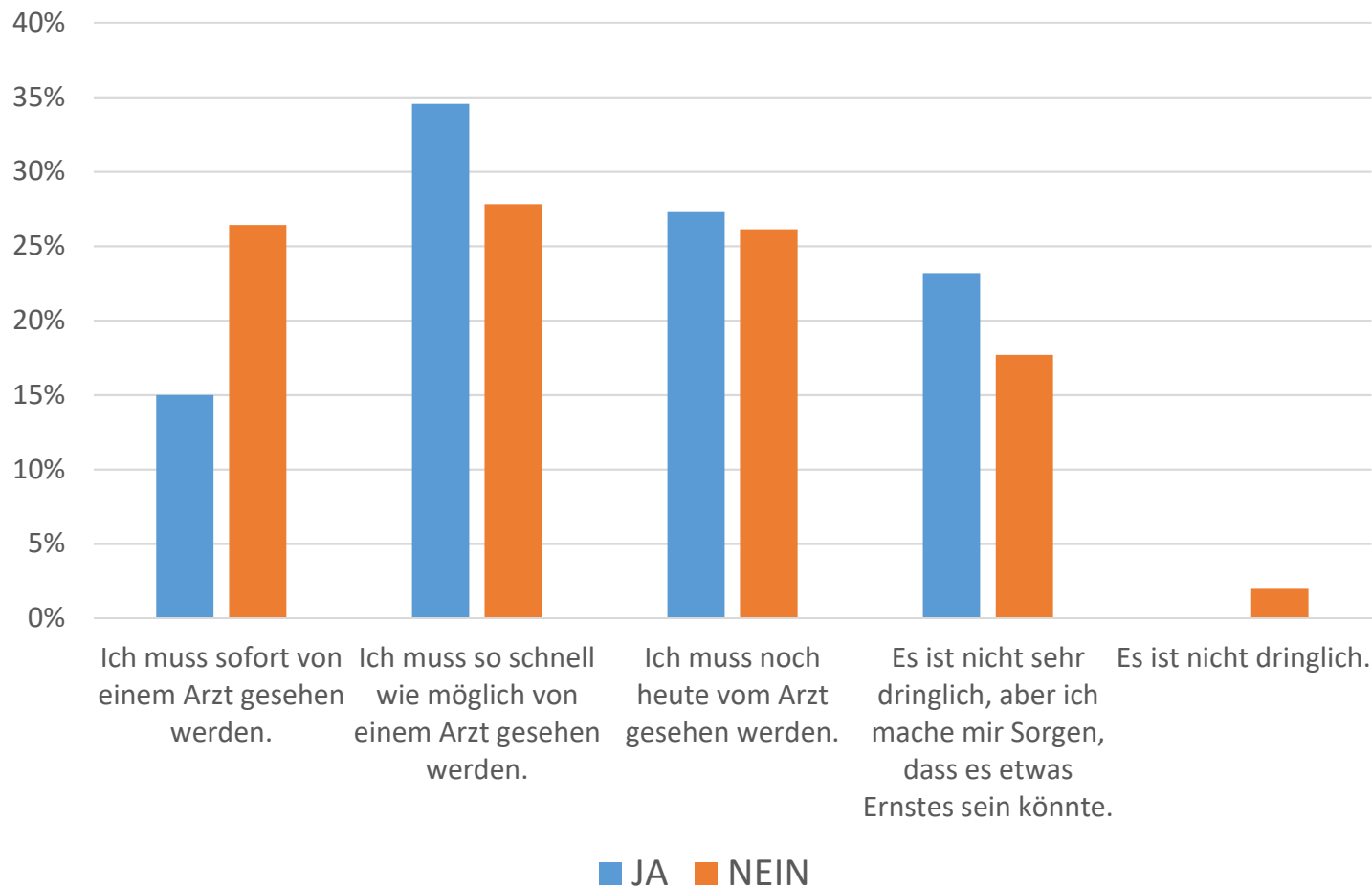
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=612)

Hatten Sie Ihren Hausarzt oder einen anderen niedergelassenen Arzt wegen Ihrer aktuellen Beschwerden kontaktiert, bevor Sie die Notfallversorgung in Anspruch genommen haben?



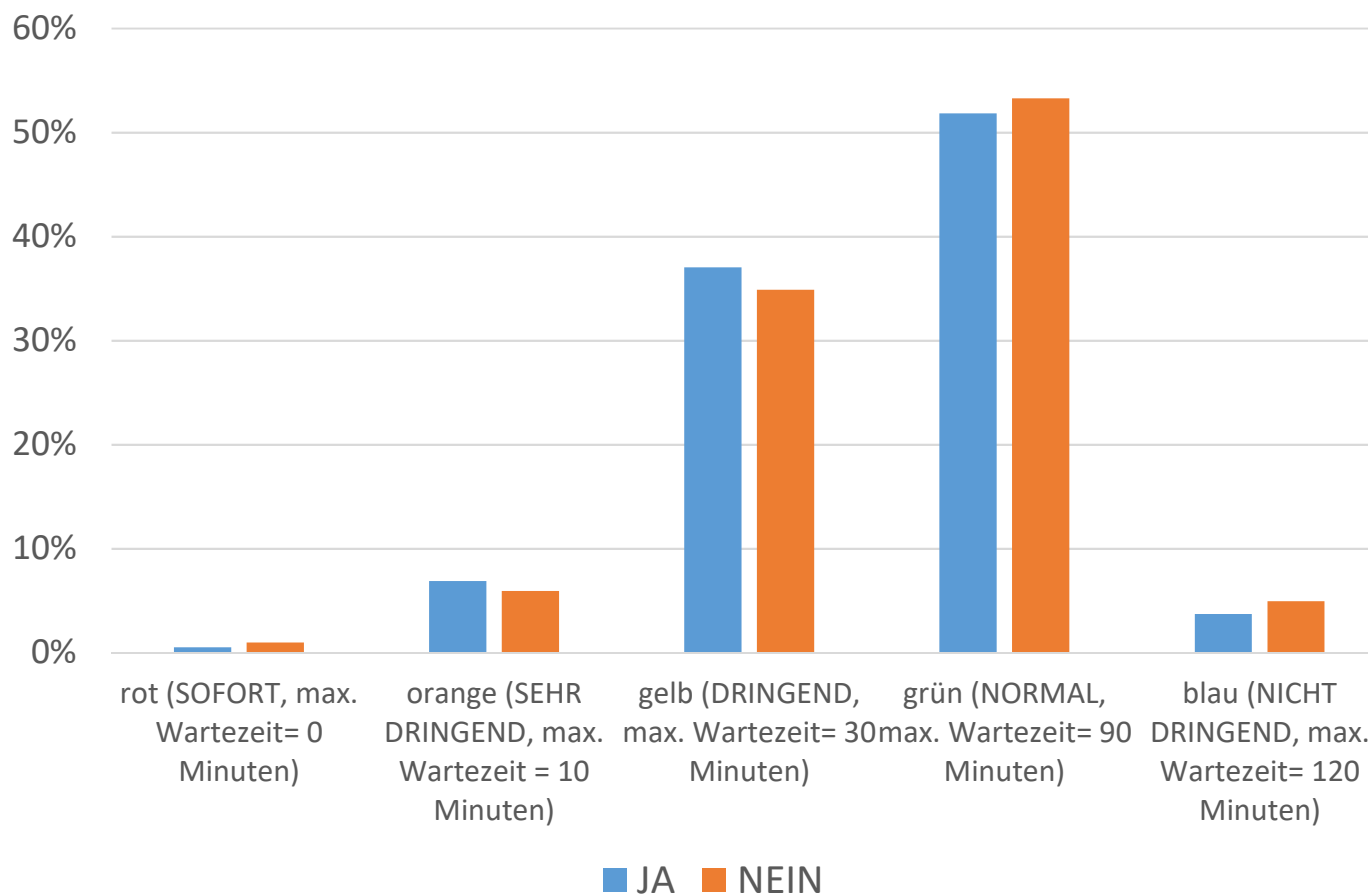
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Vorherige Kontaktaufnahme Hausarzt nach Selbsteinschätzung



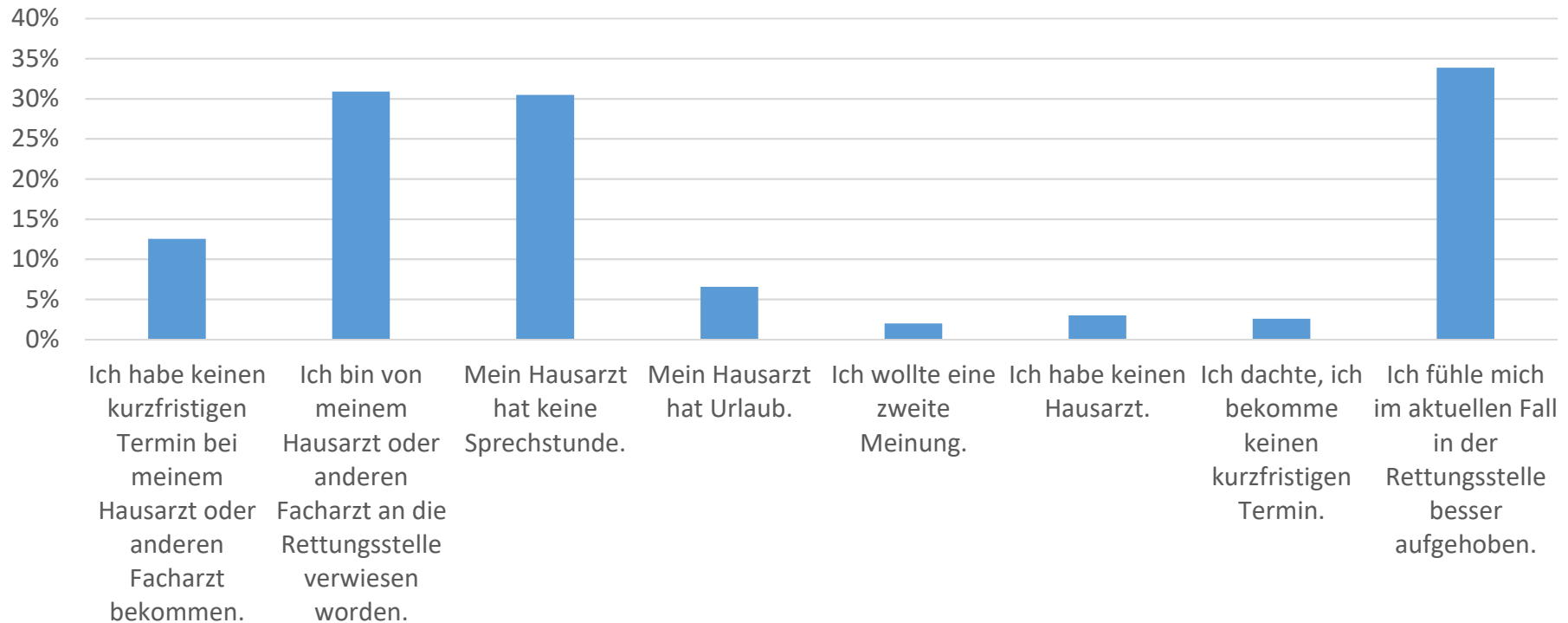
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Vorherige Kontaktaufnahme Hausarzt nach Triagekategorie



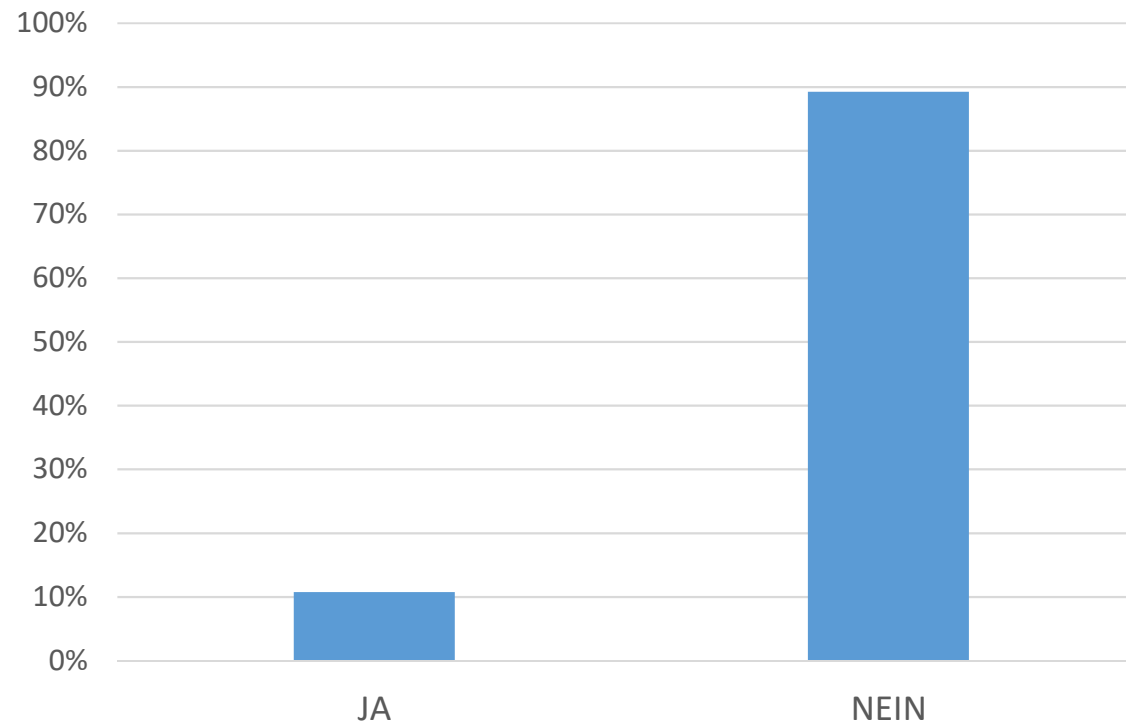
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Umstände und Motive des Aufsuchens der Rettungsstelle



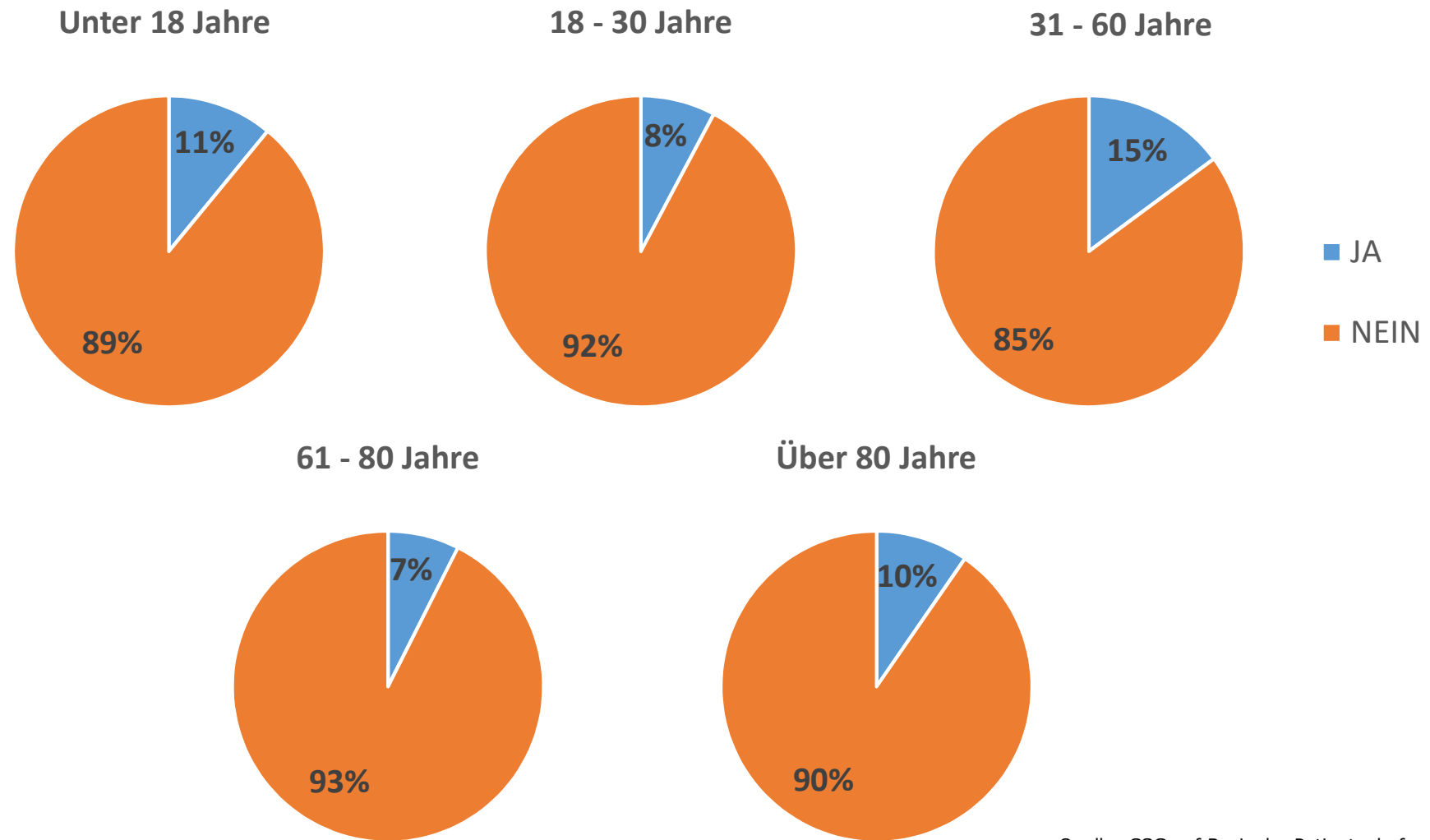
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=347)
 „Bitte kreuzen Sie an, falls eine oder mehrere Aussagen im aktuellen Fall zutreffen“

Hatten Sie die Notrufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte im aktuellen Fall kontaktiert?



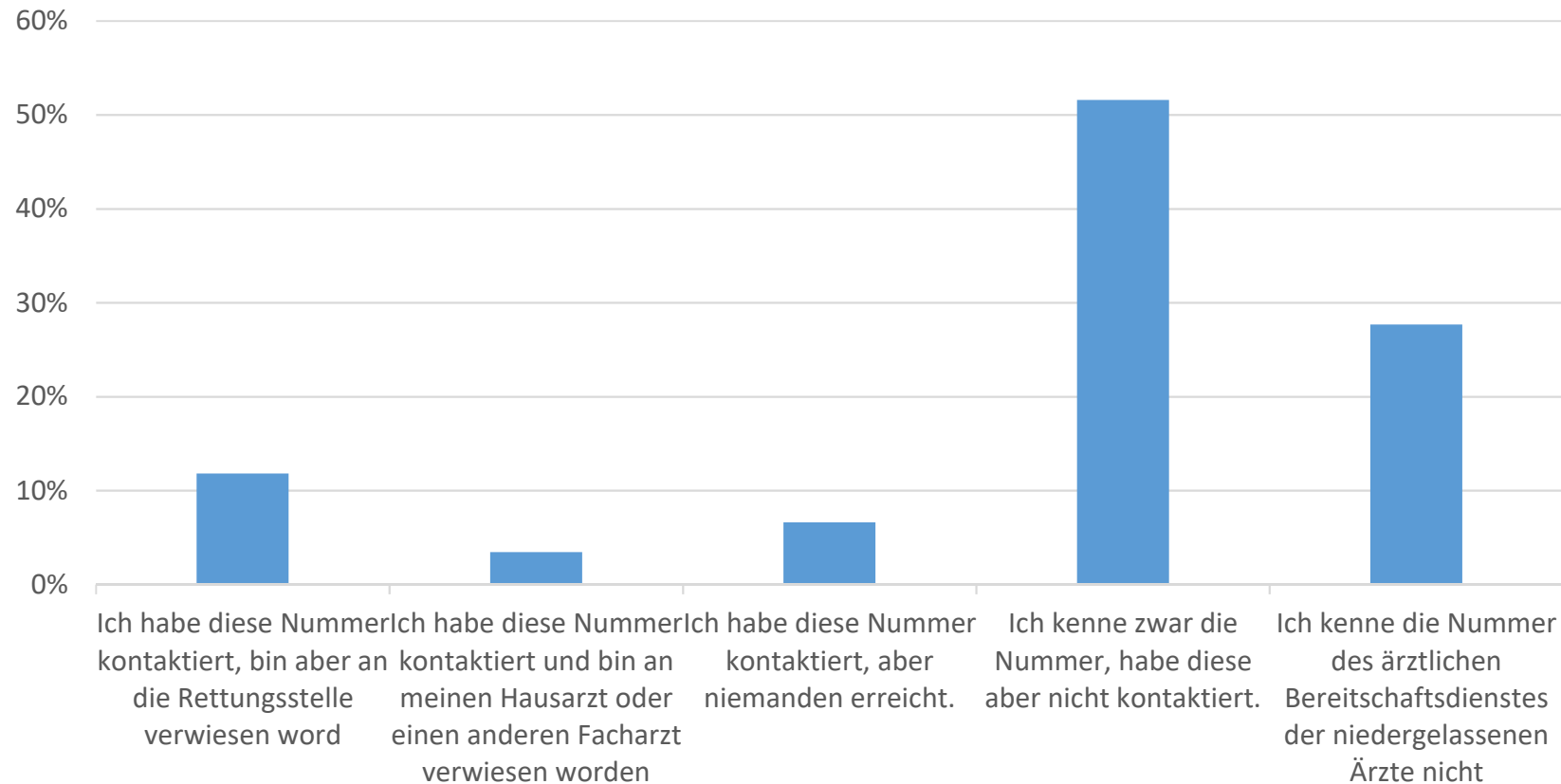
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=617)

Vorherige Kontaktaufnahme Notrufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes nach Altersgruppen



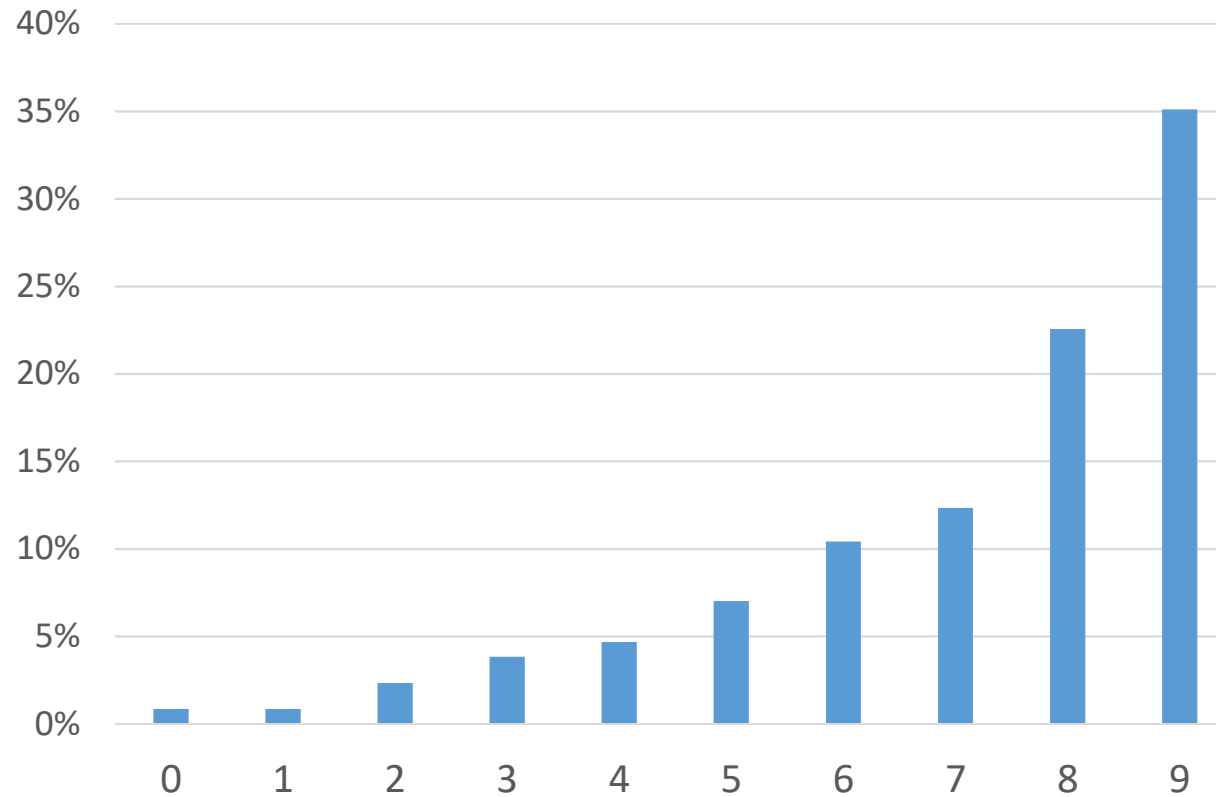
Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Erfahrungen mit Notrufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes



Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=347)
„Bitte kreuzen Sie an, falls eine oder mehrere Aussagen im aktuellen Fall zutreffen“

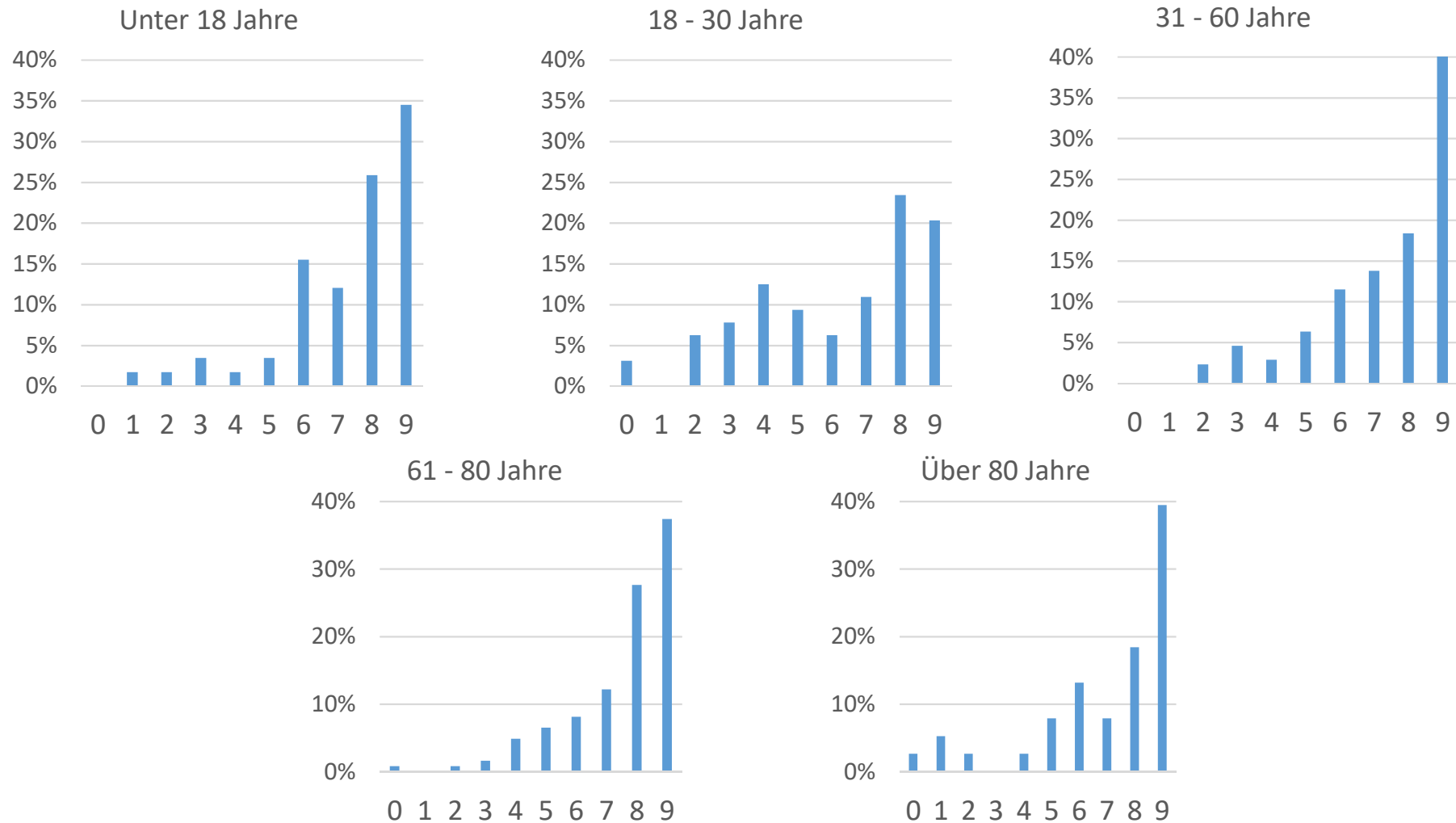
Wie gut fühlen Sie sich im aktuellen Fall behandelt? Skala von 0 (sehr schlecht) bis 9 (sehr gut)



Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=526)

Wie gut fühlen Sie sich im aktuellen Fall behandelt?

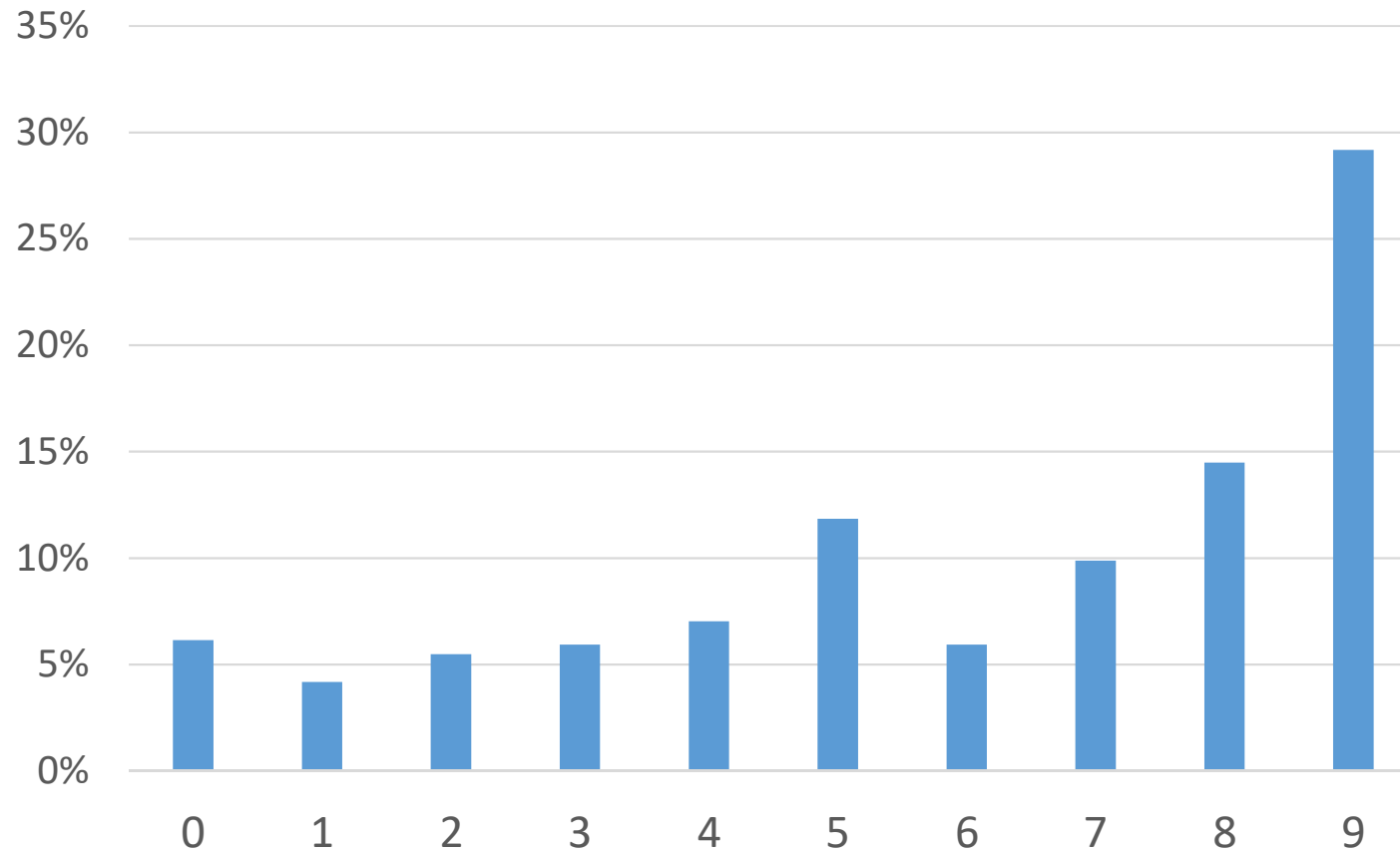
Skala von 0 (sehr schlecht) bis 9 (sehr gut) nach Altersgruppen



Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=526)

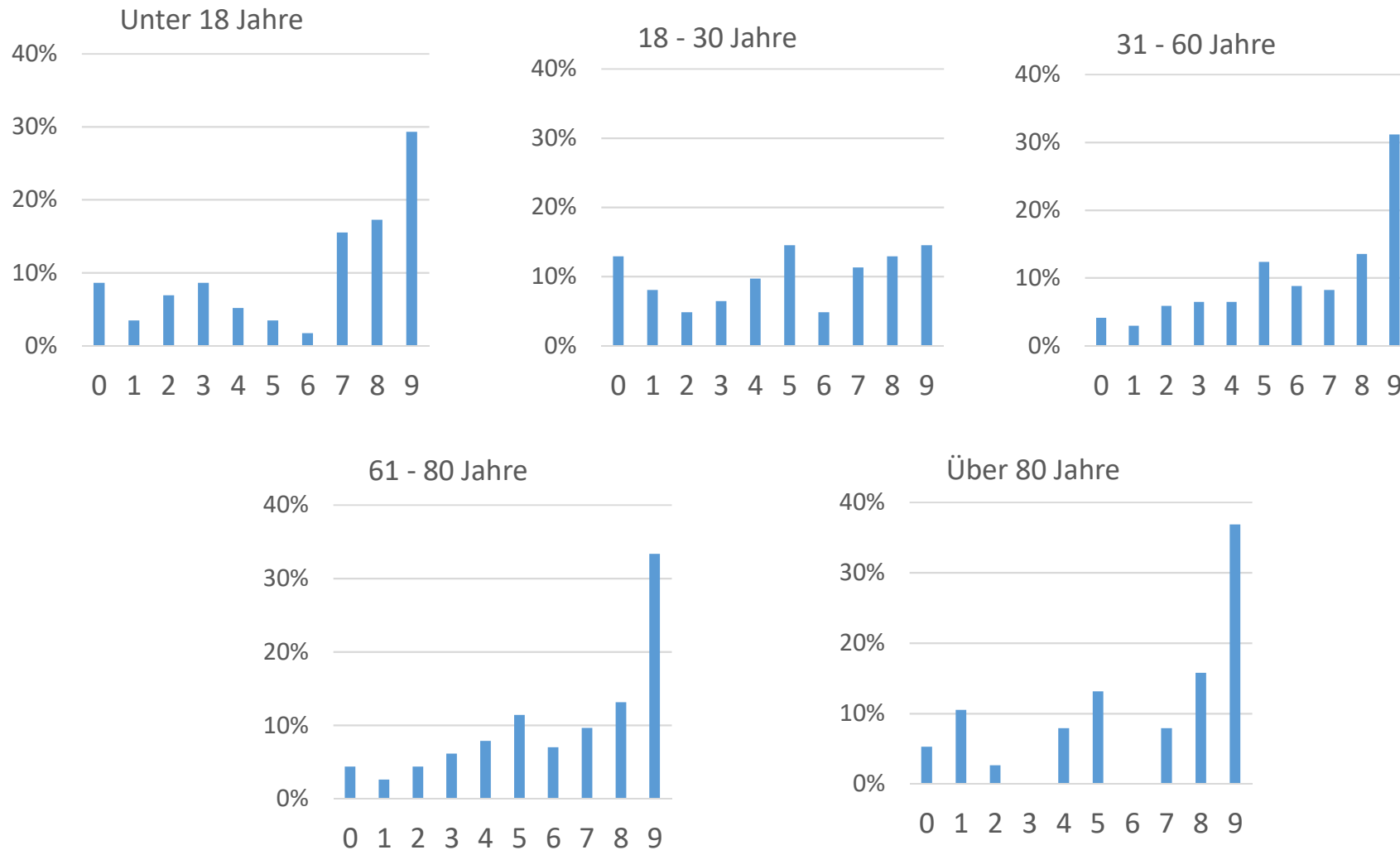
Wie beurteilen Sie rückblickend die Angemessenheit der Wartezeit bis zur Behandlung?

Skala von 0 (sehr unangemessen) bis 9 (völlig angemessen)



Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=514)

Wie beurteilen Sie rückblickend die Angemessenheit der Wartezeit bis zur Behandlung? Skala von 0 (sehr unangemessen) bis 9 (völlig angemessen) nach Altersgruppen

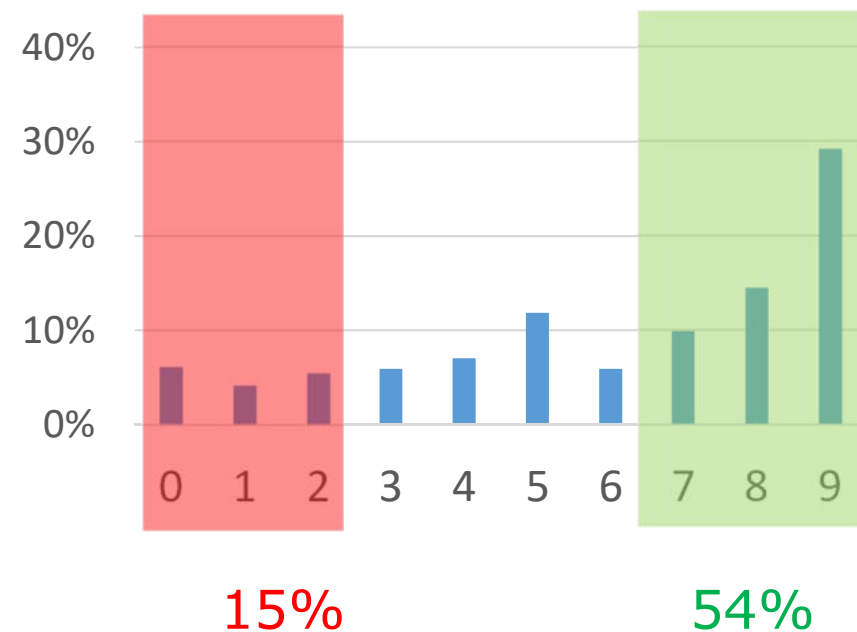
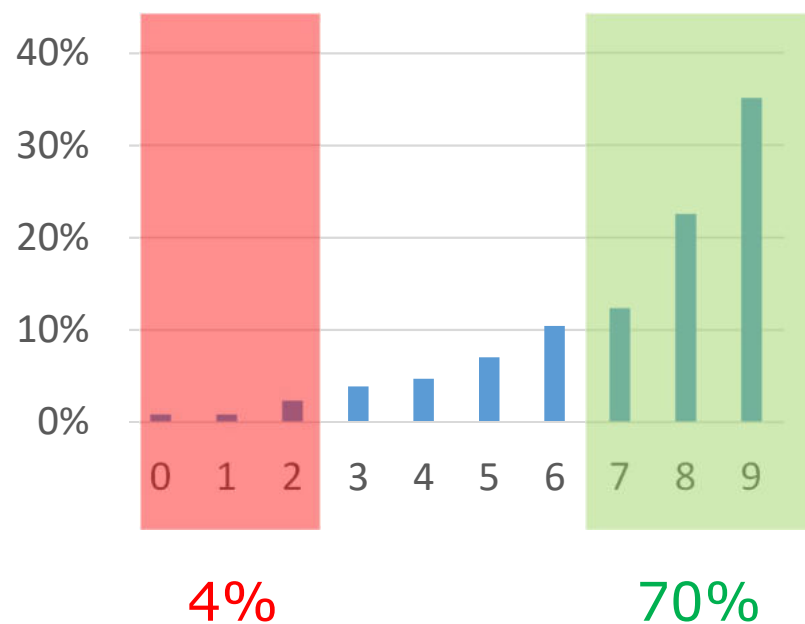


Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

Zufriedenheit mit Behandlung / Angemessenheit der Wartezeit

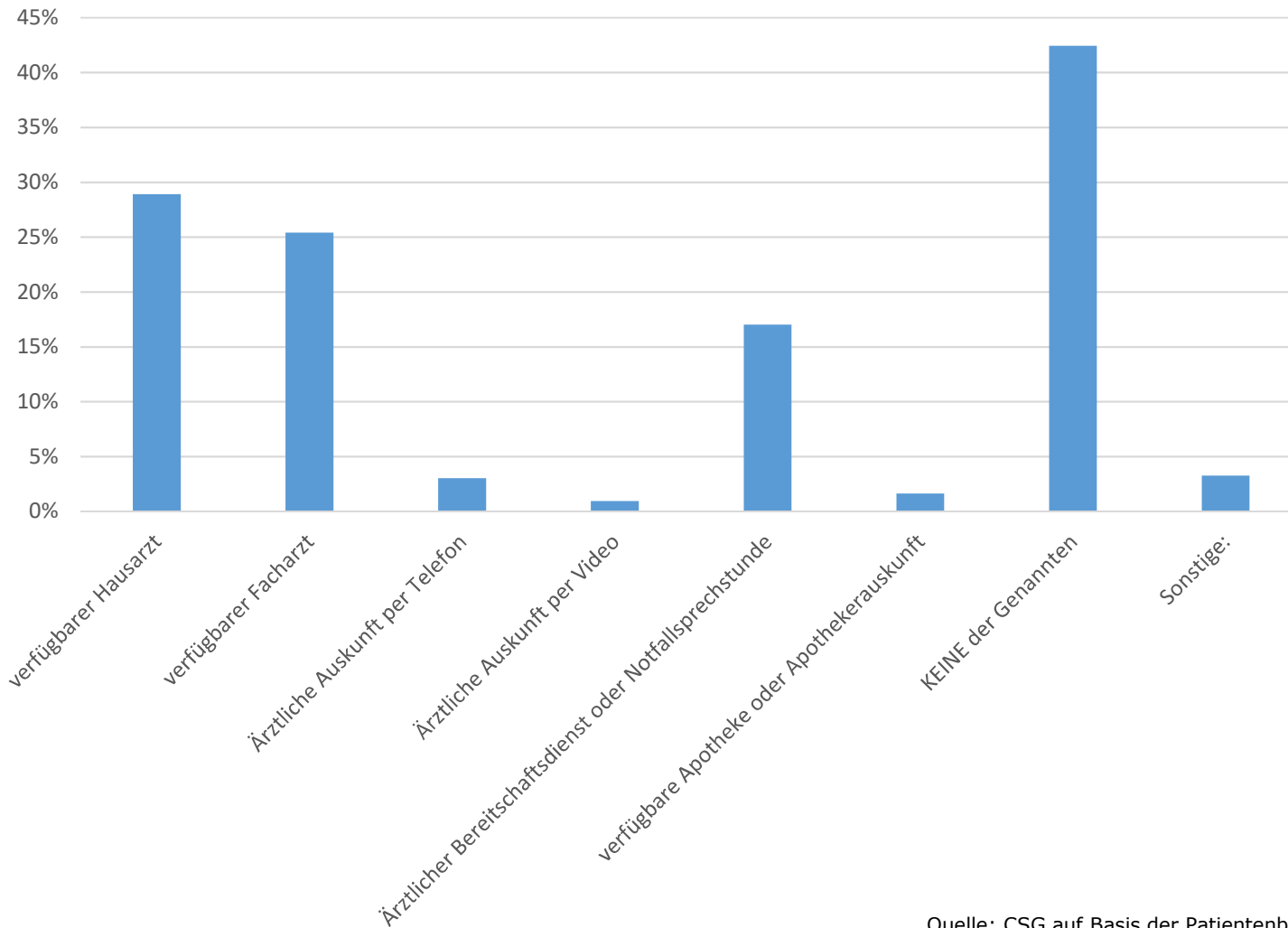
Wie gut fühlen Sie sich im aktuellen Fall behandelt? Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 0 (Sehr schlecht) bis 9 (Sehr gut)!

Wie beurteilen Sie rückblickend die Angemessenheit der Wartezeit bis zur Behandlung auf einer Skala von 0 (Sehr unangemessen) bis 9 (Völlig angemessen)?



Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung

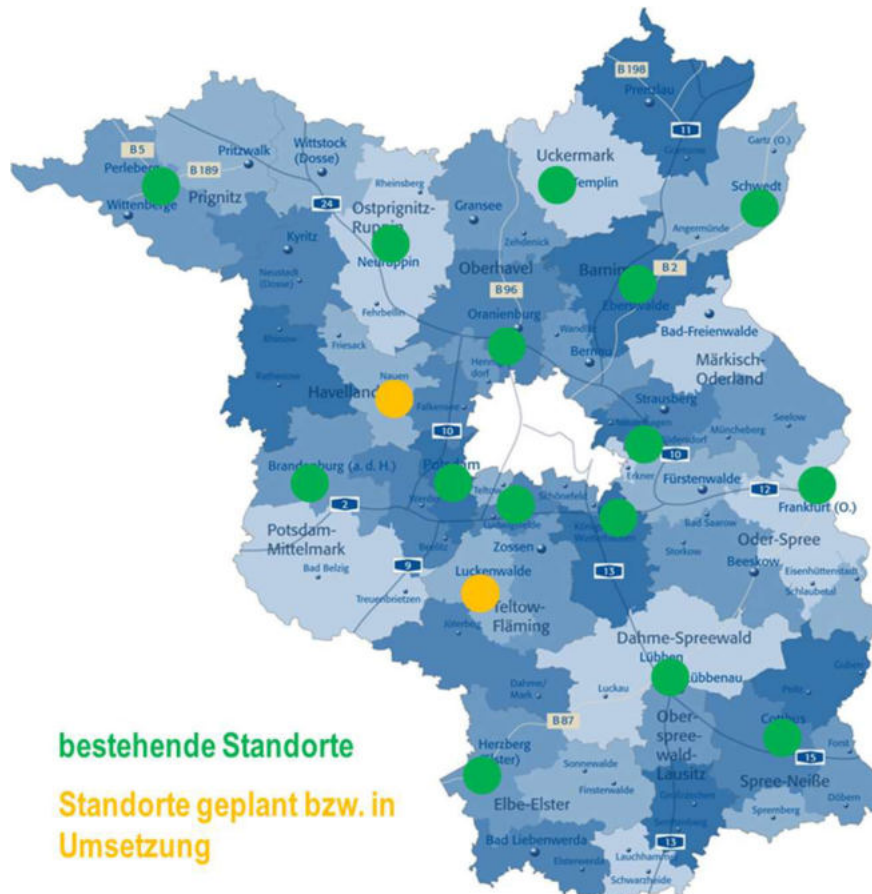
Welche alternativen Wege hätten aus Ihrer Sicht den Weg in die Rettungsstelle ersetzen können?



Quelle: CSG auf Basis der Patientenbefragung (n=476)

6.1.6 Modellansätze

Ärztliche Bereitschaftspraxen als Kern der Reform des Bereitschaftsdienstes



- „Bereitschaftsdienst 4.0“: Standortprinzip („Patient zum Arzt“)
- Aktuell 17 **Ärztliche Bereitschaftspraxen**, davon 8 erst seit 2019



- **Einsatzärzte:** Zusammenlegung von BD-Bezirken zu BD-Regionen
 - zentrale Orte
 - Fahrdienstunterstützung
 - höhere Vergütung
 - Freiwilligkeit

Quelle: KV Brandenburg, IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Erreichbarkeit von ÄBP am Krankenhaus

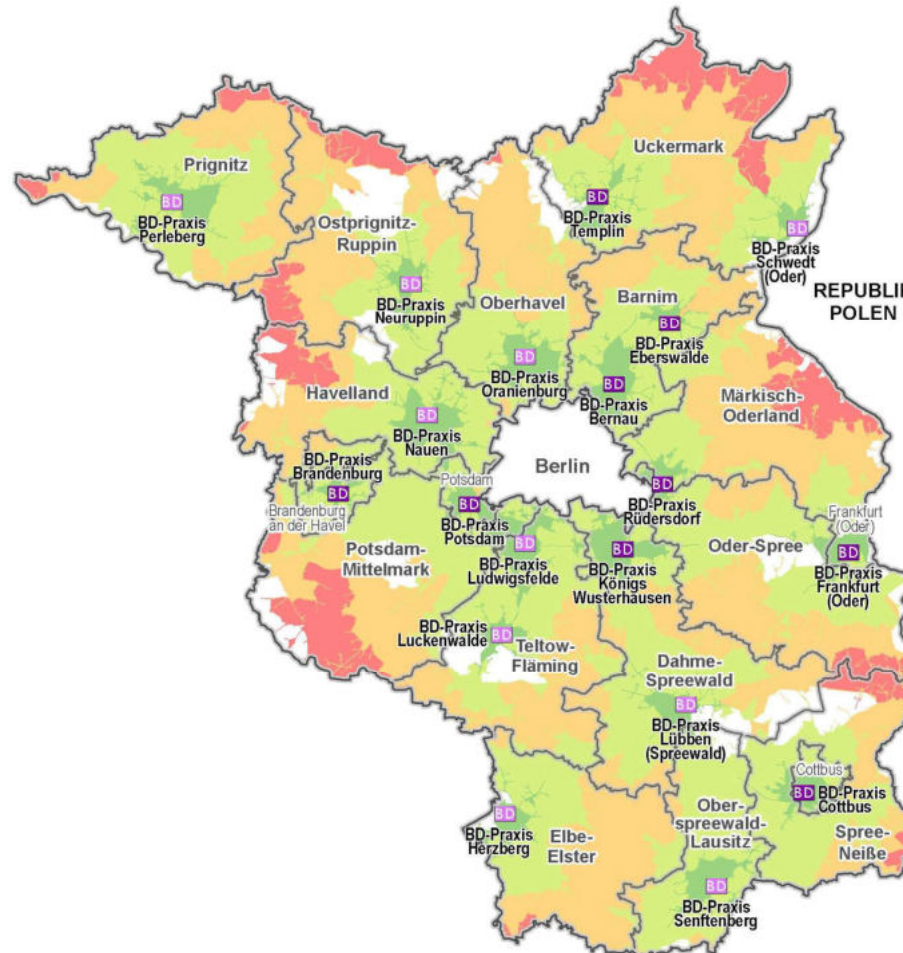
Ausbaustufe mit 19 Standorten

mit angrenzenden
Regionen

15 Min: 41,3% → 42,1%
 30 Min: 85,3% → 85,5%
 45 Min: 98,9% → 99,0%
 60 Min: 99,9% → 99,9%

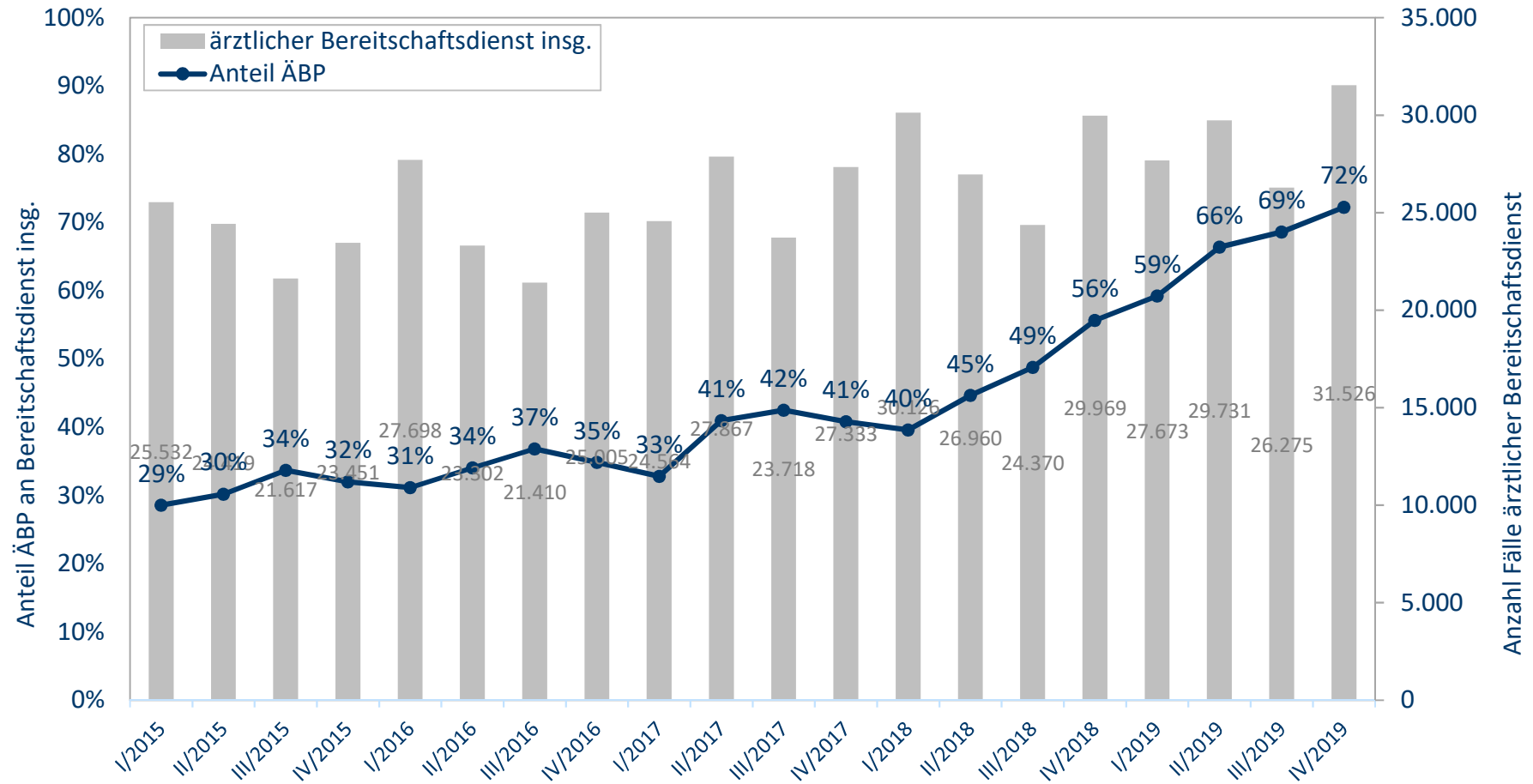


Quellen:
 KV-Bereitschaftspraxis: IGES 2019
 Erreichbarkeitsberechnung: OpenStreetMap, ODbL 1.0 2019,
 Targomo GmbH 2019
 Karte: LGB © GeoBasis-De/LGB 18.06.2019



Quelle: LGB; IGES u.a. auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Ärztliche Bereitschaftspraxen übernehmen wachsende Anteile an KV-Notdienst

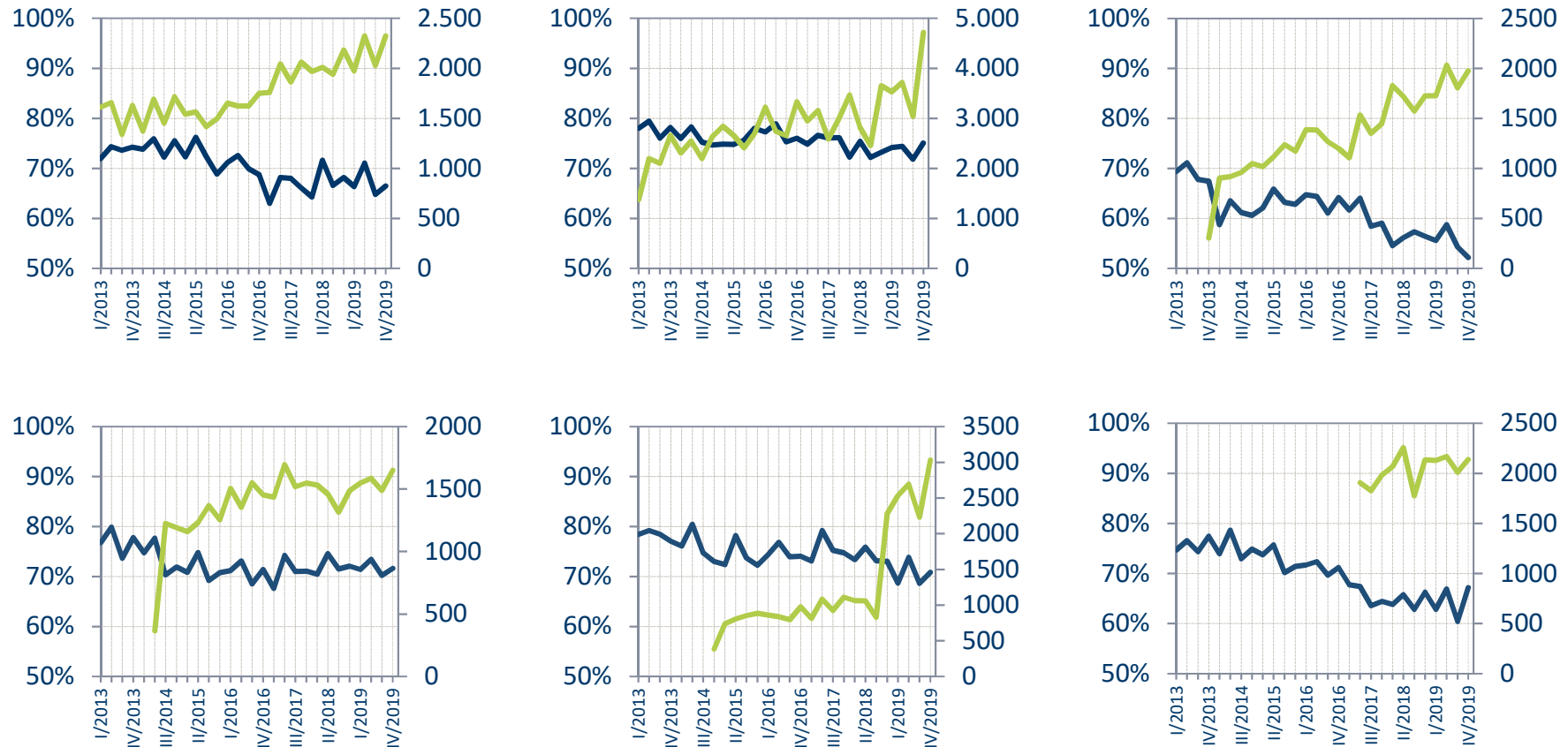


Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

ÄBP entlasten Rettungsstellen

Standorte

— Verhältnis ambulante NAV-Fälle der Rettungsstelle innerhalb BD-Zeit/insgesamt
— Anzahl ÄBP-Fälle am Standort



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

ÄBP entlasten Rettungsstellen

Standorte (alternative Darstellung)

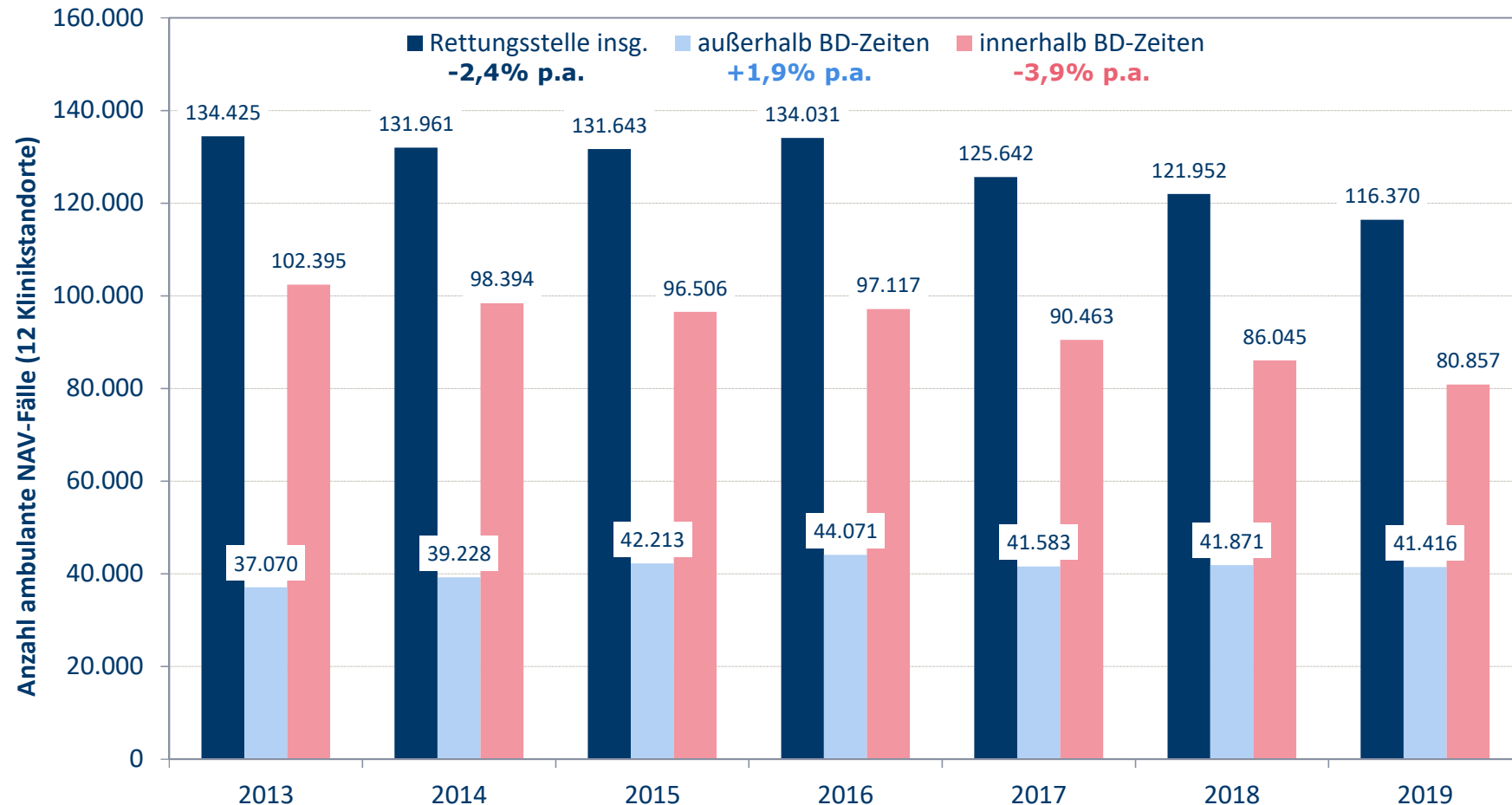
ambulante NAV-Fälle IV/2019	Potsdam	Cottbus	Eberswalde
Rettungsstelle insg.*	1.397	3.317	1.909
- außerhalb BD	495	1.046	980
- innerhalb BD	929	2.490	996
ÄBP	2.323	4.718	1.977
Anteil ÄBP			
- innerhalb BD	71,4%	65,5%	66,5%
- insgesamt	62,4%	58,7%	50,9%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

* = Summe außerhalb + innerhalb BD höher als Gesamtzahl, da einige (zeitlich gestreckte) Versorgungsfälle in beide Kategorien fallen

ÄBP entlasten Rettungsstellen

Gesamteffekt



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg
12 ausgewählte Standorte: alle Kliniken mit Inbetriebnahme ÄBP bis Jahresende 2019

ÄBP entlasten Rettungsstellen

Gesamteffekt (alternative Messung)

Fallzahlen		12 ÄBP (Eröffnung bis 2019)	9 ÄBP (Eröffnung bis 2018)
4 Quartale vor Eröffnung	insgesamt	134.048	107.962
	zu BD-Zeiten	99.806	79.899
	<i>Anteil</i>	<i>74,5%</i>	74,0%
Jahr 2019	insgesamt	116.370	92.056
	zu BD-Zeiten	80.857	62.677
	<i>Anteil</i>	<i>69,5%</i>	68,1%
Veränderung	insgesamt	-13,2%	-14,7%
	zu BD-Zeiten	-19,0%	-21,6%

- Umrechnung in absolute Fallzahlen (bei konstantem Anteil):
-5.787 Fälle (12 ÄBP) bzw. -5.451 Fälle (9 ÄBP)

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Brandenburg

Expertenbefragung: Zusammenarbeit Rettungsstellen und ÄBP (1)

Standortspezifika bestimmend

- bauliche Voraussetzungen variieren
 - Gemeinsamer Tresen – getrennte Gebäude
- Erwartungen variieren
 - Rasch maximale Präsenz der ÄBD – schrittweise Entwicklung
- noch fehlende Standards (auch bzgl. Qualifikation)
- bislang kein standortübergreifender Findungsprozess für „best practice“

Entlastungseffekte werden wahrgenommen (wenn organisatorische Hürden genommen sind).

Besetzungszeiten gleichen sich an

- kaum Übernahme von Randzeiten
- ungelöstes Problem der Vorhaltekosten

Mo., Di., Do.	18:00 – 20:00 Uhr
Mi., Fr.	15:00 – 20:00 Uhr
Sa., So.	9:00 – 19:00 Uhr
Feiertage	9:00 – 19:00 Uhr

Expertenbefragung: Zusammenarbeit Rettungsstellen und ÄBP (2)

Gestaltung Empfang

- Tendenz zu gemeinsamen Tresen, wenn bauliche Voraussetzungen dies erlauben (6 von 18 - *in Prüfung*)
- Besetzung variiert stark

Patientenklassifikation

- überwiegend „Sektoren“zuteilung vor Triage

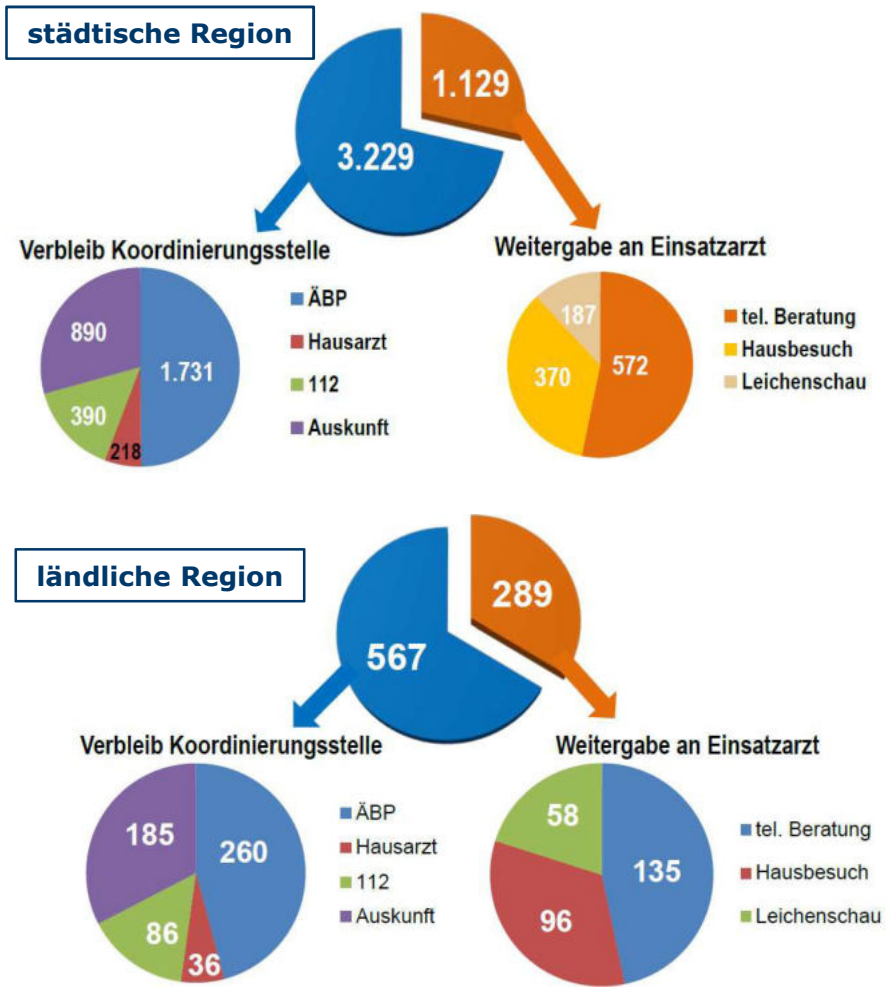
Kollaborationstiefe

- weitgehend konstruktive, aber wenig formal qualitätsgesicherte Zusammenarbeit

Qualitätssicherung

- kaum berichtet

KV-Koordinierungsstellen: Schnittstellen zur 112, ÄBP und Einsatzärzten



Telefonische Patientensteuerung (116117)

- vor Reform: alle Anrufe direkt zum diensthabenden Bereitschaftsarzt.
 - nach Reform: Anteil von 2/3 bis 3/4 der eingehenden Anrufe verbleiben bei Koordinierungsstelle.
- ↓
- Nur noch zwischen 10% und 20% der Anrufe erfordern mobilen Einsatz (Hausbesuch, Leichenschau), 15% telefon. Beratung.
 - Zwischen 30% und 40% der Anrufe werden in ÄBP gesteuert.
 - Rund 20% der Fälle können mit Auskunft abgeschlossen werden.

Quelle: KV Brandenburg; Daten beziehen sich auf Königs Wusterhausen (2018) und Templin (II-IV/2018)

Regionale Modellansätze andere Bundesländer (1)

Zentralisierung der Leitstellen

- Saarland: nur eine landesweite Leitstelle für Rettungsdienst und ärztlichen Bereitschaftsdienst

„Qualifizierte Krankenfahrt“

- Baden-Württemberg (AOK BaWü): Entwicklung einer neuen Fahrzeugklasse
 - Fahrzeug mit medizin. geschultem Personal (zwei Sanitätshelfer)
 - Ausstattung u.a.: Krankenfahrtrage, Tragestuhl, Defibrillator
- fällt nicht unter Rettungsdienstgesetz, sondern Personenbeförderungsgesetz
 - kein Blaulicht/Funk, keine Verbindung zur Leitstelle
 - auch nachts und an Wochenenden
 - Ziel: Vermeidung inadäquater Inanspruchnahme des Rettungsdienstes für unkritische Entlassfahrten oder Krankentransporte → Überschreitung der Hilfsfrist (max. 15min)

Regionale Modellansätze andere Bundesländer (2)

Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (Ivena)

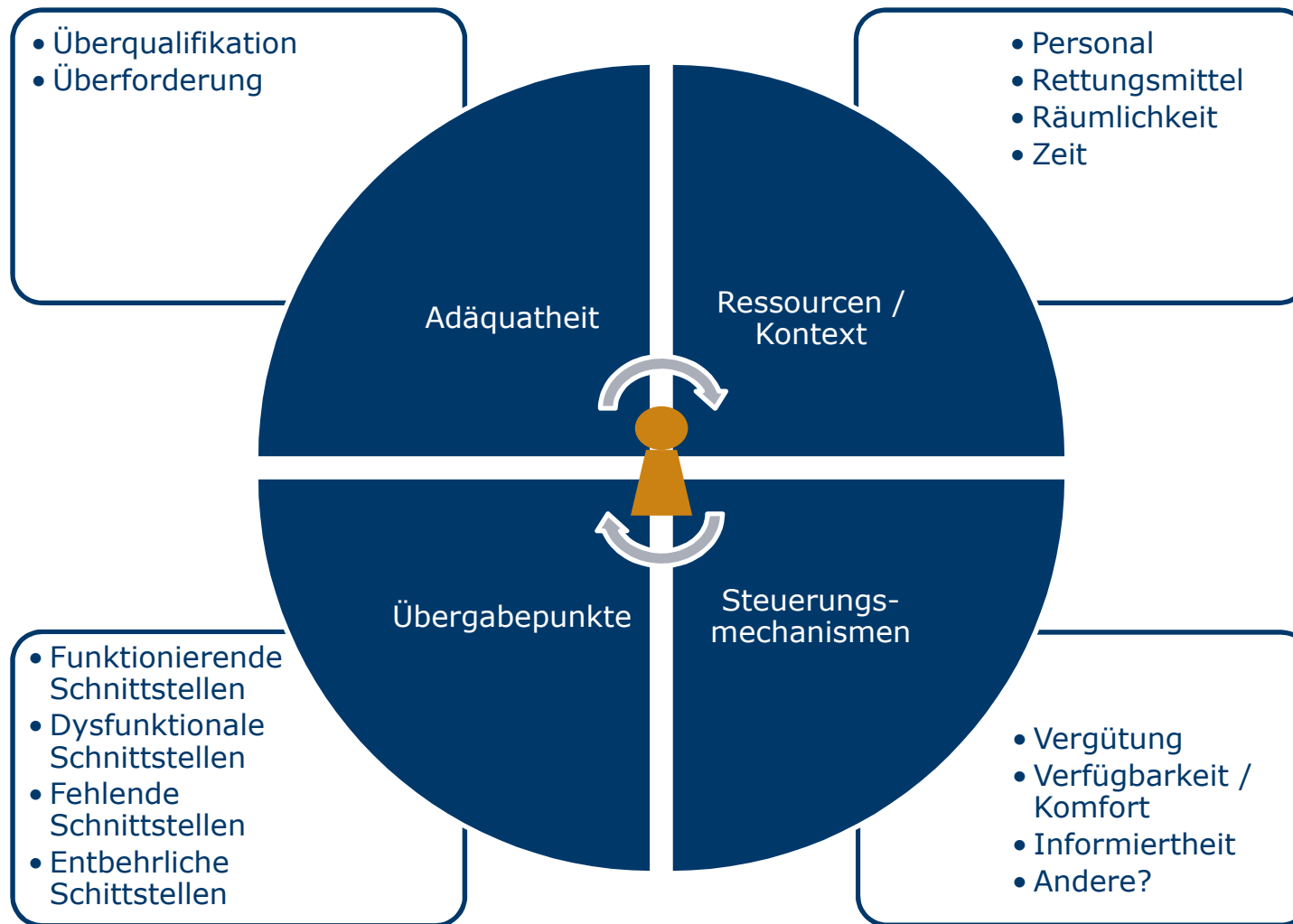
- Online-Meldesystem: freie Klinikkapazitäten für Notfälle
- Ziel: Rettungsdienste finden schneller passendes Krankenhaus
- Nutzung in Hessen, Niedersachsen, Brandenburg und Österreich

Telenotarzt

- Beratung und Anleitung von Sanitätern am Einsatzort
- Pilotprojekt in Aachen (seit 2014), neu in Main-Kinzig-Kreis, geplant für Berlin und Straubing
- Ziel: Entlastung fahrender Notärzte, Dämpfung Personalbedarf bei steigenden Fallzahlen
 - häufig keine Erforderlichkeit (geschätzt: 40%-80% der Fälle) sowie bei Verspätungen
 - Aachen: Entlastung um rd. 25%
 - Hessen: Notarzt-Nachforderungen in 10% der Fälle
- Kostenteilung (Hessen: Sozialministerium und Krankenkassen)
- Perspektive: Verzahnung mit KV-Bereitschaftsdienst
 - z.B. bei Erforderlichkeit von Arzneimittelverordnungen

6.1.7 Expertenbefragung

Themen der Expertenbefragung



Qualitative, leitfadengestützte Interviews, die aufgezeichnet, transkribiert und ausgewertet wurden

- Langversion Leitfaden und Checkliste
- Konstanz im Interviewer-Team
- Dauer 30 – 90 Minuten
- Befragt wurden: Ärzte in der Rettungsstelle, Ärztliche Leiter Rettungsdienst, Notärzte, Pflegepersonal, Rettungssanitäter

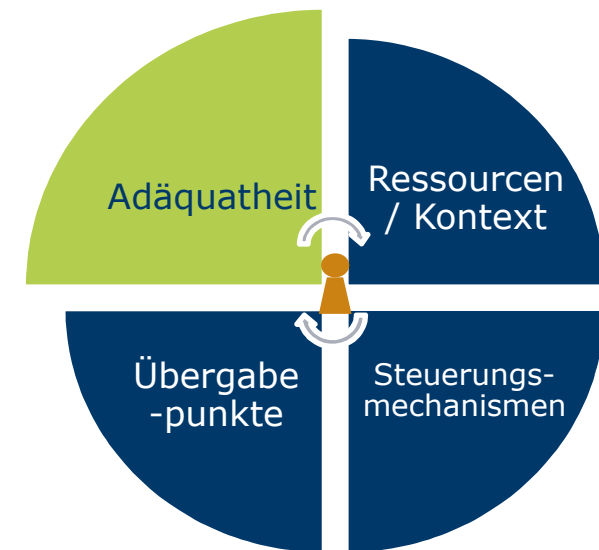
Zusätzlicher Fragebogen zur Kooperation ÄBD-Praxis und Rettungsstelle (Rücklauf von lediglich vier Rettungsstellen-Standorten)

Zusätzlicher Fragebogen für Ärzte im ÄBD (ohne Rücklauf)

Ergebnisse der Befragung (Kernaussagen) (1)

Kontext Adäquatheit (Sicht der Leistungserbringer auf Patienten)

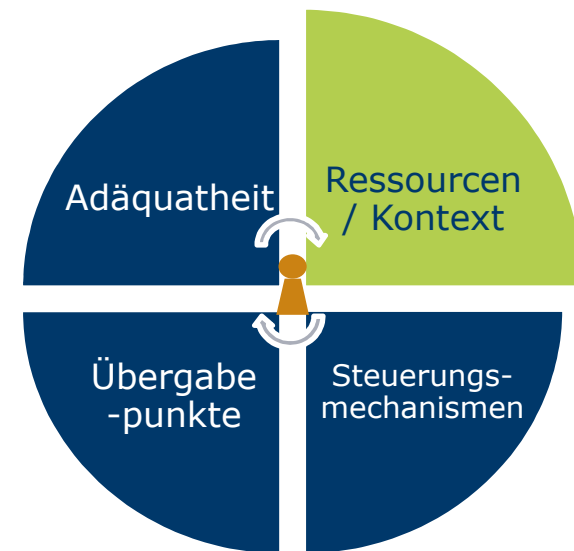
- Vermeidbare Fehlinanspruchnahme
- Kaum Alternativen für Patienten als die Rettungsstelle
- Schlechte Informiertheit der Patienten
 - Bezüglich Möglichkeiten der Selbsthilfe
 - Bezüglich alternativen Anlaufstellen
- Hohes Anspruchsdenken und Bequemlichkeit der Patienten
- RA könnte fachlich entscheiden, ist haftungsrechtlich nicht gedeckt (kann Pat nicht zu Hause lassen)



Ergebnisse der Befragung (Kernaussagen) (2)

Kontext Ressourcen (Personal – quantitative Aspekte)

- Zu wenig Personal in der Pflege (hohe Arbeitsbelastung, Einzelnachtschichten für Pflegekräfte in der Rettungsstelle)
- Rekrutierung neuen Personals schwierig
- Konkurrenzsituation um Personal

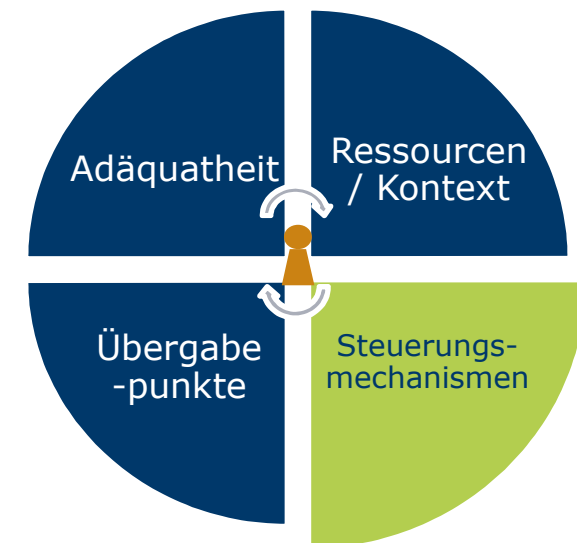


Ergebnisse der Befragung (Kernaussagen) (3)

Kontext Steuerungsmechanismen

- KH kompensieren ambulante Defizite (eher strukturell, als fachlich)
- KH bekommen ambulante Leistungen nicht adäquat vergütet
- Konflikt zwischen ärztlichem Anspruch und budgetären Zwängen
- Aktuelle Rechtsprechung, wenn nicht-ärztliches Personal, ärztliches Handeln verzögert oder verhindert (Beispiel Leitstellendisponent schickt nur RTW, aber keinen Notarzt)

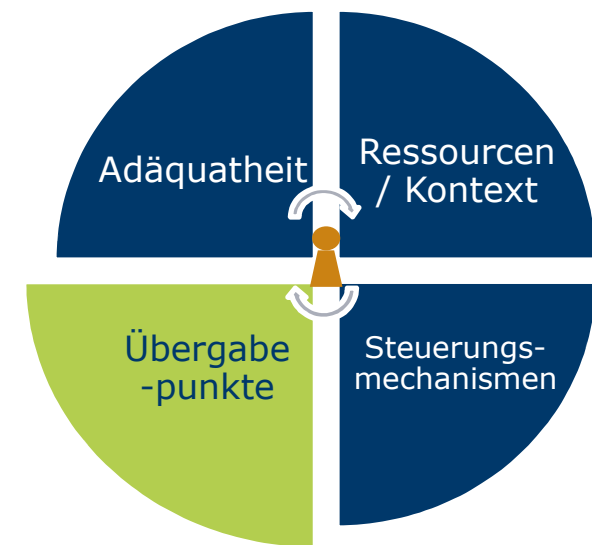
→Haftungsfragen wirken steuernd. „ausgetretene Pfade“ werden nur unter persönlichem Risiko verlassen



Ergebnisse der Befragung (Kernaussagen) (4)

Kontext Übergabepunkte

- Zusammenarbeit Rettungsdienst – Rettungsstelle wird oft als gut bis sehr gut beschrieben, oft feste und erfahrene Teams
- Patienten werden kaum von der Rettungsstelle in den Niedergelassenen-Bereich zurück verwiesen
- Öffnungszeiten der Ärztlichen BD-Praxen reichen nicht aus
- Ärztliche BD-Praxen sind mit Ärzten „ungeeigneter Fachrichtungen“ besetzt, die im Zweifel zu viel ins KH einweisen
- Arzt im Bereitschaftsdienst oft schwer zu erreichen, weist mitunter Dinge von sich



- Problembeschreibung
 - Entscheidungsbefugnis im Missverhältnis zur Erfahrung und Kompetenz
 - Haftungsfragen führen zu Absicherungsverhalten
 - Ressource „NA/NÄ“ in vielen Fällen entbehrlich
 - Leerfahrtenproblem
 - Keine ambulanten Strukturen für Folgeversorgung vorhanden

- Lösungsvorschläge
 - Kompetenzen für nichtärztliches Personal erweitern
 - Haftungsrechtliche Sicherheit erhöhen
 - Disincentivierungen der Vergütung entfernen
 - Einbeziehen des ambulanten Sektors in die Akutversorgung

| **Gesundheit** | Mobilität | Bildung |

IGES

IGES Institut

www.iges.com

Befragung von Patienten*

Dokumentation Fragebogenausgabe	<i>von Triagekraft auszufüllen</i>
1. Zugewiesene Triagekategorie:	
	<input type="radio"/> rot (SOFORT, max. Wartezeit 0. Minuten) <input type="radio"/> orange (SEHR DRINGEND, max. Wartezeit 10 Minuten) <input type="radio"/> gelb (DRINGEND, max. Wartezeit 30 Minuten) <input type="radio"/> grün (NORMAL, max. Wartezeit 90 Minuten) <input type="radio"/> blau (NICHT DRINGEND, max. Wartezeit 120 Minuten)
2. Ausgabe des Fragebogens - Wochentag:	
	<input type="radio"/> Sonn- oder Feiertag <input type="radio"/> Montag <input type="radio"/> Dienstag <input type="radio"/> Mittwoch <input type="radio"/> Donnerstag <input type="radio"/> Freitag <input type="radio"/> Samstag
3. Ausgabe des Fragebogens - Uhrzeit:	
	<input type="radio"/> 07:01-13:00 <input type="radio"/> 13:01-17:00 <input type="radio"/> 17:01-20:00 <input type="radio"/> 20:01-23:00 <input type="radio"/> 23:01-7:00
4. Erfolgte die Ausgabe des Fragebogens zur Öffnungszeit der KV-RegioMed-Praxis?	
	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> Nicht zutreffend, da keine KV-RegioMed-Praxis vor Ort

**Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.*

Befragung von Patienten*

**1. Teil
Patientenbefragung**

***vom Patienten*
vor der Behandlung auszufüllen***

Demographie

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- männlich
- weiblich
- divers

2. Bitte geben Sie Ihr Alter an:

- Unter 18 Jahre
- 18 – 30 Jahre
- 31 – 60 Jahre
- 61 – 80 Jahre
- Über 80 Jahre

3. Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?

- Ich bin noch Schüler / Schülerin
- Schule beendet ohne Abschluss
- Volks-/Hauptschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse
- Mittlere Reife / Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse
- Abitur oder Fachhochschulreife bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse/13.Klasse
- Universitäts-, Hochschul- oder Fachhochschulabschluss
- Promotion

4. Sind Sie erwerbstätig?

- Ja, ich bin erwerbstätig in Vollzeit
- Ja, ich bin erwerbstätig in Teilzeit
- Nein, ich bin arbeitssuchend
- Nein, ich bin Rentner(in) / pensioniert
- Nein, aus sonstigen Gründen

**Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.*

Befragung von Patienten*

5. Bitte geben Sie die Art Ihrer Krankenversicherung an:

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- keine / andere Versicherung

6. Bitte geben Sie Ihre Postleitzahl an:

Zugang

7. Wer hat hauptsächlich veranlasst, dass Sie die Notfallversorgung in Anspruch nehmen?

- Ich selbst
- Familie, Freunde, Bekannte
- Mein Hausarzt
- Ein anderer niedergelassener Facharzt
- Mein Arbeitgeber
- Anderer: _____

8. Hatten Sie Ihren Hausarzt oder einen anderen niedergelassenen Arzt wegen Ihrer aktuellen Beschwerden kontaktiert, bevor Sie die Notfallversorgung in Anspruch genommen haben?

- JA
- NEIN

Bitte kreuzen Sie an, falls eine oder mehrere Aussagen im aktuellen Fall zutreffen:
(Mehrfachantworten möglich)

- Ich habe keinen kurzfristigen Termin bei meinem Hausarzt oder anderen Facharzt bekommen.
- Ich bin von meinem Hausarzt oder anderen Facharzt an die Rettungsstelle verwiesen worden.
- Mein Hausarzt hat keine Sprechstunde.
- Mein Hausarzt hat Urlaub.
- Ich wollte eine zweite Meinung.
- Ich habe keinen Hausarzt.
- Ich dachte, ich bekomme keinen kurzfristigen Termin.
- Ich fühle mich im aktuellen Fall in der Rettungsstelle besser aufgehoben.

Befragung von Patienten*

9. Hatten Sie die Notrufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte im aktuellen Fall kontaktiert?

- JA
 NEIN

Bitte kreuzen Sie an, falls eine oder mehrere Aussagen im aktuellen Fall zutreffen:

- Ich habe diese Nummer kontaktiert, bin aber an die Rettungsstelle verwiesen worden.
- Ich habe diese Nummer kontaktiert und bin an meinen Hausarzt oder einen anderen Facharzt verwiesen worden.
- Ich kenne zwar die Nummer, habe diese aber nicht kontaktiert.
- Ich kenne die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte nicht.

10. Wie dringlich schätzen Sie Ihre Beschwerden ein?

- Ich muss sofort von einem Arzt gesehen werden.
- Ich muss so schnell wie möglich von einem Arzt gesehen werden.
- Ich muss noch heute vom Arzt gesehen werden.
- Es ist nicht sehr dringlich, aber ich mache mir Sorgen, dass es etwas Ernstes sein könnte.
- Es ist nicht dringlich.

11. Wie lange bestehen Ihre aktuellen Beschwerden?

- Kürzer als 24 Stunden
- Länger als 24 Stunden, aber kürzer als 48 Stunden
- Länger als 48 Stunden, aber kürzer als eine Woche
- Länger als eine Woche

Bitte wenden!

Befragung von Patienten*

12. Haben Sie Schmerzen?

- JA
 NEIN

Falls ja, wie stark schätzen Sie diese Schmerzen auf einer Skala von
0 (Kein Schmerz) bis 9 (Stärkster Schmerz) ein?

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Stärkster Schmerz

13. Haben Sie Sorgen oder Angst?

- JA
 NEIN

Falls ja, wie stark schätzen Sie diese Sorgen bzw. Angst auf eine Skala von
0 (Keine Sorgen/Angst) bis 9 (Starke Sorgen/Angst) ein?

Keine Sorgen/
Angst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Starke
Sorgen/Angst

Ende des ersten Teils der Patientenbefragung.

Bitte geben Sie diesen ersten Teil des Fragebogens (2 Seiten) in einen Rückumschlag und geben diesen bitte in die Befragungsbox im Anmeldebereich oder in die Post!

Wir bitten Sie den zweiten Teil der Befragung nach Ihrer Behandlung auszufüllen.

Befragung von Patienten*

**2. Teil
Patientenbefragung**

vom Patienten
nach der Behandlung auszufüllen*

1. Wie gut fühlen Sie sich im aktuellen Fall behandelt?

Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 0 (Sehr schlecht) bis 9 (Sehr gut)!

Sehr schlecht Sehr gut

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Wie informiert haben Sie sich zum Abschluss der Behandlung gefühlt?

Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 0 (Gar nicht informiert) bis 9 (Voll informiert)!

Über Ihre Beschwerden / Erkrankung?

Gar nicht informiert Voll informiert

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Über die Maßnahmen, die gemacht wurden?

Gar nicht informiert Voll informiert

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Über das weitere Vorgehen?

Gar nicht informiert Voll informiert

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Haben Sie nach der Behandlung Schmerzen?

- JA
 NEIN

Falls ja, wie stark schätzen Sie diese Schmerzen auf einer Skala von 0 (Kein Schmerz) bis 9 (Stärkster Schmerz) ein?

Kein Schmerz Stärkster Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Bitte wenden!

Befragung von Patienten*

4. Haben Sie nach der Behandlung Sorgen oder Angst?

- JA
 NEIN

Falls ja, wie stark schätzen Sie diese Sorgen bzw. Angst auf einer Skala von
0 (Keine Sorgen/Angst) bis 9 (Starke Sorgen/Angst) ein?

Keine Sorgen/
Angst Starke
Sorgen/Angst

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**5. Wie beurteilen Sie rückblickend die Angemessenheit der Wartezeit bis zur Behandlung auf einer
Skala von 0 (Sehr unangemessen) bis 9 (Völlig angemessen)?**

Sehr
unangemessen Völlig
angemessen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**6. Welche alternativen Wege hätten aus Ihrer Sicht den Weg in die Rettungsstelle ersetzen können?
(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an!)**

- verfügbarer Hausarzt
 verfügbarer Facharzt
 ärztliche Auskunft per Telefon
 ärztliche Auskunft per Video
 ärztlicher Bereitschaftsdienst oder Notfallsprechstunde
 verfügbare Apotheke oder Apothekerauskunft
 KEINE der Genannten
 Sonstige: _____

7. Sind Sie in den letzten 12 Monaten schon einmal in einer Rettungsstelle gewesen?

- JA, einmal
 JA, mehr als einmal
 NEIN

Ende des zweiten Teils der Patientenbefragung.

**Bitte geben Sie diesen zweiten Teil des Fragebogens in einen Rückumschlag und geben
diesen bitte in die Befragungsbox im Anmeldebereich oder in die Post!**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

CSG423 Patientenbefragung:

Rettungsstelle: Nauen

CSG423 Patientenbefragung:

Rettungsstelle: Nauen

I. VOM PATIENTEN ZU BEANTWORTEN	
Sind Sie bereit mir zwei kurze Fragen zu ihrem Anfahrtsweg zu beantworten:	
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN <i>(Falls Nein, gleich weiter zu II)</i>
Wie sind Sie heute in die Rettungsstelle gekommen?	
<input type="radio"/> Zu Fuß <input type="radio"/> Öffentlicher Nahverkehr <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Selbst gefahren <input type="radio"/> Gefahren worden	
Wie lange hat Ihre Anfahrt gedauert? (Von Haustür zur Rettungsstelle):	
_____ Minuten	
II. VOM BEFRAGER ZU BEANTWORTEN	
Uhrzeit der Befragung	_____ : _____ Uhr
Befrager (Kürzel):	_____

I. VOM PATIENTEN ZU BEANTWORTEN	
Sind Sie bereit mir zwei kurze Fragen zu ihrem Anfahrtsweg zu beantworten:	
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN <i>(Falls Nein, gleich weiter zu II)</i>
Wie sind Sie heute in die Rettungsstelle gekommen?	
<input type="radio"/> Zu Fuß <input type="radio"/> Öffentlicher Nahverkehr <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Selbst gefahren <input type="radio"/> Gefahren worden	
Wie lange hat Ihre Anfahrt gedauert? (Von Haustür zur Rettungsstelle):	
_____ Minuten	
II. VOM BEFRAGER ZU BEANTWORTEN	
Uhrzeit der Befragung	_____ : _____ Uhr
Befrager (Kürzel):	_____

Befragung der Brandenburger Bevölkerung zur Notfall- und Akutversorgung

Berlin, 30. Juli 2018

Kontakt:

Dr. Monika Sander
T +49 30 230 809 44
Monika.Sander@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Hinweis:

Da die Befragung telefonisch durchgeführt wurde, wurde ausschließlich zum Zweck der besseren Verständlichkeit auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

1. Angaben zu Ihrer Person

1.1 Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich
 männlich
 anderes Geschlecht

1.2 Bitte geben Sie Ihr Alter an:

18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Leben Kinder im Alter von unter 18 Jahren in Ihrem Haushalt?

- nein → weiter mit Frage 1.5
 ja, _____ Kinder

1.4 Wie alt sind diese Kinder?

Kind 1: _____

Kind 2: _____

Kind 3: _____

Kind 4: _____

.....

1.5 In welchem Landkreis in Brandenburg wohnen Sie?

1.6 Bitte geben Sie Ihre Postleitzahl an:

2. Bekanntheit medizinischer Versorgungsmöglichkeiten im Akut- oder Notfall

2.1 Von welchen der folgenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Notfall haben Sie schon einmal gehört?

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Rettungsdienst/-wagen bzw. Notarzt
- Notaufnahmen in Krankenhäusern
- ärztlicher Bereitschaftsdienst (bzw. Notdienst der niedergelassenen Ärzte)
- KV RegioMed Bereitschaftspraxen (Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung)

2.2 Ist Ihnen die Rufnummer des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes bekannt?

- ja, sie lautet _____
- nein

2.3 Was denken Sie: Macht der ärztliche Bereitschaftsdienst auch Hausbesuche?

- ja
- nein
- weiß ich nicht

2.4 *Filter: Falls KV RegioMed Bereitschaftspraxis gemäß Frage 2.1 bekannt ist:* Ist Ihnen bekannt, wo sich die nächste KV RegioMed Bereitschaftspraxis (Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung) befindet?

- ja
- nein

2.5 *Filter: Falls Notaufnahme gemäß Frage 2.1 bekannt ist:* Ist Ihnen bekannt, wo sich die nächste Notaufnahme eines Krankenhauses befindet?

- ja
- nein

2.6 Kennen Sie die allgemeine Notrufnummer?

- ja, sie lautet _____
 - nein
-

2.7 Bitte geben Sie an, inwieweit die folgende Aussage auf Sie persönlich zutrifft.

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Ich weiß bei medizinischen Notfällen, an welche Versorgungsmöglichkeit ich mich am besten wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für mich sind medizinische Versorgungsmöglichkeiten in Notfällen alles in allem gut erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

3.1 Stellen Sie sich vor: Sie haben ein gesundheitliches Problem, mit dem Sie tagsüber zuerst zum Hausarzt gehen würden, und es ist später Abend/nachts: An wen würden Sie sich zuerst wenden?

- auch an meinen Hausarzt
- an meinen Facharzt
- an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (bzw. Notdienst der niedergelassenen Ärzte)
- an eine KV RegioMed Bereitschaftspraxis (Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung)
- an eine Notaufnahme im Krankenhaus
- an den Rettungsdienst/-wagen bzw. Notarzt
- an die Hotline meiner Krankenkasse
- kann ich nicht sagen – kommt auf die Beschwerden an
- sonstiges, nämlich _____

3.2 Und wie wäre es an Wochenenden und Feiertagen: An wen würden Sie sich dann zuerst wenden? [Interviewerhinweis: ggf. Erinnerung „wenn Sie dieses gesundheitliche Problem, mit dem Sie tagsüber unter der Woche zuerst zum Hausarzt gehen, dann hätten“]

- auch an meinen Hausarzt
- an meinen Facharzt
- an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (bzw. Notdienst der niedergelassenen Ärzte)
- an eine KV RegioMed Bereitschaftspraxis (Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung)
- an eine Notaufnahme im Krankenhaus
- an den Rettungsdienst/-wagen bzw. Notarzt
- an die Hotline meiner Krankenkasse
- kann ich nicht sagen – kommt auf die Beschwerden an
- sonstiges, nämlich _____

3.3 Stellen Sie sich bitte vor, Sie selbst brauchen tagsüber unter der Woche möglichst noch am selben Tag ärztliche Hilfe: An wen würden Sie sich am ehesten wenden?

- an den Hausarzt
- an einen Facharzt
- an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (bzw. Notdienst der niedergelassenen Ärzte)
- an eine KV RegioMed Bereitschaftspraxis (Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung)
- an eine Notaufnahme im Krankenhaus
- an den Rettungsdienst/-wagen bzw. Notarzt
- an die Hotline meiner Krankenkasse
- kann ich nicht sagen – kommt auf die Beschwerden an
- sonstiges, nämlich _____

3.4 Bitte geben Sie an, wie häufig Sie innerhalb der letzten 12 Monate für sich selbst einen Hausarzt oder einen Facharzt aufgesucht haben.

Bitte rechnen Sie Besuche bei einem Zahnarzt nicht mit ein.

- gar nicht
- 1 bis 2-mal
- 3 bis 5-mal
- 6 bis 10-mal
- mehr als 10-mal

Programmierhinweis zur Filterführung im Folgenden: Wenn Kinder unter 18 Jahren im Haushalt leben (gemäß Frage 1.3), dann bei den Fragen 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9 „oder Ihre Kinder“ aus der Frage entfernen und nur die Zeile „Sie selbst“ einblenden.

3.5 Wie häufig wurden Sie oder Ihre Kinder in den letzten 12 Monaten für mindestens eine Nacht im Krankenhaus aufgenommen?

	0 mal	1 bis 2 mal	3 bis 5 mal	mehr als 5 mal
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6 Filter: Frage wird nur gestellt, wenn ärztlicher Bereitschaftsdienst gemäß Frage 1.2 bekannt ist:

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für sich oder für Ihre Kinder innerhalb der letzten 12 Monate den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst der niedergelassenen Ärzte) in Anspruch genommen haben:

	0 mal	1 bis 2 mal	3 bis 5 mal	mehr als 5 mal
für Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für Ihre Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Filter: wenn 3.6 „keine Inanspruchnahme / 0 mal“ weiter mit Frage 3.7

3.6.1 Bitte geben Sie an, wie Sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst der niedergelassenen Ärzte) in Anspruch genommen haben.

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Ich hatte mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst ausschließlich telefonischen Kontakt.
- Ein Arzt im Bereitschaftsdienst besuchte mich/uns zu Hause.
- Ich habe einen Arzt im Bereitschaftsdienst aufgesucht (Notfallsprechstunde).

3.7 Filter: Frage wird nur gestellt, wenn KV RegioMed Bereitschaftspraxis gemäß Frage 2.1 bekannt ist:

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für sich oder für Ihre Kinder innerhalb der letzten 12 Monate eine KV RegioMed Bereitschaftspraxis (Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung) aufgesucht haben:

	0	1 bis 2	3 bis 5	mehr als 5
für Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für Ihre Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Filter: wenn 3.7 Antwort für beide Zeilen nicht „0“

3.7.1 Bitte denken Sie an Ihren letzten Besuch in einer KV RegioMed Bereitschaftspraxis: Konnten Sie nach dem Besuch wieder nach Hause gehen?

- ja
 nein (z. B. wegen Krankenhausaufnahme)
 weiß ich nicht mehr

3.8 Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für sich oder für Ihre Kinder innerhalb der letzten 12 Monate eine Notaufnahme im Krankenhaus aufgesucht haben:

	0	1 bis 2	3 bis 5	mehr als 5
für Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für Ihre Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.8.1 Bitte denken Sie an Ihren letzten Besuch in einer Notaufnahme:

→ Filter: wenn 3.8 Antwort für beide Zeilen nicht „0“

War dieser für Sie selbst oder für Ihr Kind?

- für mich selbst
 für mein Kind

Warum haben Sie (bzw. Ihr Kind) eine Notaufnahme im Krankenhaus besucht?

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Es handelte sich um einen medizinischen Notfall / Ich (bzw. mein Kind) brauchte eine schnelle medizinische Versorgung.
- Mir wurde vom Haus- bzw. Facharzt bzw. vom ärztlichen Bereitschaftsdienst empfohlen, selbst bzw. mit meinem Kind in die Notaufnahme eines Krankenhauses zu gehen.
- Ich (bzw. mein Kind) brauchte eine ärztliche Behandlung außerhalb der Praxisöffnungszeiten (d. h. am Abend / nachts oder am Wochenende/Feiertag).
- Mir war eine genaue/schnelle diagnostische Abklärung (z. B. MRT) wichtig und diese ist meines Erachtens im Krankenhaus besser erhältlich.
- Nach meiner Einschätzung ist die Qualität der Behandlung im Krankenhaus besser.
- Es gibt keine geeignete Arztpraxis in meiner Nähe, zu der ich (bzw. mein Kind) hätte gehen können.
- Nach meiner Einschätzung sind die Wartezeiten auf einen Termin bei einer Arztpraxis sehr lang.
- Nach meiner Einschätzung sind die Arztpraxen überfüllt und man muss im Wartezimmer sehr lange warten.
- andere Gründe, nämlich _____

→ Filter: wenn Antwortmöglichkeit „Ich (bzw. mein Kind) brauchte eine ärztliche Behandlung außerhalb der Praxisöffnungszeiten“ angekreuzt wurde und „Mir wurde vom Haus- bzw. Facharzt bzw. vom ärztlichen Bereitschaftsdienst empfohlen, selbst bzw. mit meinem Kind in die Notaufnahme eines Krankenhauses zu gehen“ nicht angekreuzt wurde.

Sie haben angegeben, dass Sie (bzw. Ihr Kind) eine ärztliche Behandlung außerhalb der Praxisöffnungszeiten brauchten: Aus welchen Gründen haben Sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte in diesem Fall nicht in Anspruch genommen?

- Ich kenne den ärztlichen Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte nicht.
- Nach meiner Einschätzung wäre der ärztliche Bereitschaftsdienst nicht rechtzeitig verfügbar gewesen.
- Ich habe schon einmal schlechte Erfahrungen mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte gemacht.
- andere Gründe, nämlich _____

3.9 Bitte geben Sie an, wie häufig Sie für sich oder für Ihre Kinder innerhalb der letzten 12 Monate einen Rettungsdienst/-wagen oder einen Notarzt in Anspruch genommen haben:

	0	1 bis 2	3 bis 5	mehr als 5
für Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für Ihre Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9.1 Bitte denken Sie an Ihre letzte Inanspruchnahme eines Rettungsdienst:

→ Filter: wenn 3.9 Antwort für beide Zeilen nicht „0“
War dieser für Sie selbst oder für Ihr Kind?

- für mich selbst
- für mein Kind

Warum haben Sie (bzw. Ihr Kind) den Rettungsdienst oder Notarzt bzw. die Notärztin in Anspruch genommen?

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Es handelte sich um einen medizinischen Notfall / Ich (bzw. mein Kind) brauchte eine schnelle medizinische Versorgung.
- Ich (bzw. mein Kind) brauchte eine ärztliche Behandlung außerhalb der Praxisöffnungszeiten (d. h. am Abend oder am Wochenende/Feiertag).
- Ich (bzw. mein Kind) hätte in der Situation keine Arztpraxis/Krankenhausnotaufnahme erreichen können.
- Nach meiner Einschätzung wäre der ärztliche Bereitschaftsdienst nicht rechtzeitig verfügbar gewesen.
- Nach meiner Einschätzung sind die Notaufnahmen in Krankenhäusern überfüllt, und man muss im Wartebereich sehr lange warten.
- andere Gründe

4. Zufriedenheit mit Erreichbarkeit, Behandlung und Wartezeit

4.1 Wie beurteilen sie die Erreichbarkeit der folgenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten für Sie persönlich?

	sehr gut	eher gut	teils, teils	eher schlecht	sehr schlecht		trifft nicht zu
Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Filter: wenn Frage 1.3 „ja“</i> Kinderarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Facharztpraxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
KV RegioMed-Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Krankenhaus-Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

4.2 Wie zufrieden waren Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrer medizinischen Behandlung ...

	sehr zufrieden	eher zufrieden	teils, teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden		trifft nicht zu
... durch einen Hausarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Filter: wenn Frage 1.3 „ja“</i> ... durch einen Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
... durch Fachärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
... in einer KV RegioMed-Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
...durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
...in der Krankenhaus-Notaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
...durch einen Notarzt bzw. den Rettungsdienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

5. Einschätzung der medizinischen Versorgung in Ihrer Region

5.1 Sind Ihrer Meinung nach ausreichend Hausärzte in Ihrer Region vorhanden?

- ja => Filter, weiter mit Frage 5.3
- nein
- kann ich nicht beurteilen => Filter, weiter mit Frage 5.3

5.2 Und hatten Sie persönlich deshalb schon einmal Probleme, einen geeigneten Hausarzt zu finden?

- ja
- nein

5.3 Sind Ihrer Meinung nach ausreichend Fachärzte in Ihrer Region vorhanden?

- ja => Filter, weiter mit Frage 5.6
- teils-teils
- nein
- kann ich nicht beurteilen => Filter, weiter mit Frage 5.6

5.4 Und hatten Sie persönlich deshalb schon einmal Probleme, geeignete Fachärzte zu finden?

- ja
- nein => Filter, weiter mit Frage 5.6

5.5 Und was für Fachärzte haben Sie da gesucht, die Sie nicht oder nur schwer gefunden haben? (Interviewerhinweis: offene Frage, Antwortmöglichkeiten nicht vorlesen, sondern die Antwort zuordnen).

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte / Gynäkologen
- Hautärzte / Dermatologen
- HNO-Ärzte
- Internisten
- Kinderärzte
- Nervenärzte / Neurologen /Psychiater
- Orthopäden
- Psychotherapeuten
- Urologen
- Sonstige Fachgruppen, nämlich _____

5.6 Wie zufrieden sind Sie mit den Wartezeiten auf einen Termin in Ihrer Region?

	sehr zufrieden	eher zufrieden	teils, teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden		trifft nicht zu
beim Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
bei Fachärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

5.7 Wie zufrieden sind Sie mit den Wartezeiten in den Praxen in Ihrer Region?

	sehr zufrieden	eher zufrieden	teils, teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden		trifft nicht zu
beim Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
bei Fachärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

5.8 Haben Sie einen festen Hausarzt?

- ja
 nein
 weiß ich nicht / keine klare Antwort / keine Angabe

6. Weitere Angaben zu Ihrer Person

6.1 Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?

- Ich bin noch Schüler / Schülerin
 Schule beendet ohne Abschluss
 Volks-/Hauptschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse
 Mittlere Reife / Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse
 Abitur oder Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.) bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse / 13. Klasse
 Universitätsabschluss, Hochschulabschluss, Fachhochschulabschluss
 Promotion

6.2 Sind Sie erwerbstätig?

- Ja, ich bin in Vollzeit erwerbstätig.
 Ja, ich bin in Teilzeit erwerbstätig.
 Nein, ich bin arbeitssuchend.
 Nein, ich bin Rentner(in)/pensioniert.
 Nein, aus sonstigen Gründen.

6.3 Bitte geben Sie die Art Ihrer Krankenversicherung an:

- gesetzlich
 privat
 keine / andere Krankenversicherung

7. Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit

7.1 Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut	gut	zufriedenstellend	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung (z. B. Diabetes, Asthma)?

- ja
 nein

7.3 Sind Sie aufgrund gesundheitlicher Probleme in Ihrer Mobilität eingeschränkt?

- ja
 nein

7.4 Möchten Sie uns noch etwas mitteilen im Hinblick auf die medizinische Notfallversorgung in Ihrer Region?

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Leitfaden für das Experteninterview zum Projekt

„Notfall- und Akutversorgung Brandenburg – Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg“.

Institution des Experten: _____

Säule der Notfallversorgung: _____

Name des Experten: _____

Position des Experten: _____

Interviewer: _____

Ort: _____

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Anmerkungen für den Interviewer:

In der Regel wird nur ein Experte befragt. Für den Fall, dass weitere Experten bei dem Interview anwesend sind und zu den gestellten Fragen Aussagen treffen, sind Name und Position der weiteren Experten vom Interviewer festzuhalten. Darüber hinaus ist vom Interviewer kenntlich zu machen, von wem welche Aussage stammt (z.B. durch Namenskürzel).

Der Interviewpartner muss darauf hingewiesen werden, dass das Interview parallel auf einem Tonträger aufgezeichnet wird.

Der Interviewleitfaden besteht aus zwei Teilen.

Im ersten Teil werden Sektor-spezifische Fragen gestellt, die vom Interviewer gemäß Sektor-Zugehörigkeit des Leistungserbringers gestellt werden.

Der zweite Teil des Interviews ist ein Sektor-unspezifischer Teil bestehend aus insgesamt 4 Themenkomplexen:

Im ersten Themenkomplex soll es um die Adäquatheit der Versorgung aus der Perspektive des Leistungserbringers (Arzt, Notarzt) gehen.

Der zweite Themenkomplex soll die Ressourcen erfragen, die von der Einrichtung / dem Leistungserbringer eingesetzt werden.

Im dritten Themenkomplex geht es um die Beschreibung und Bewertung der vorhandenen Steuerungsmechanismen.

Der abschließende vierte Themenkomplex soll sich den bestehenden Übergabepunkten zwischen einzelnen Strukturen und Systemen widmen.

I. Sektor-spezifische Fragen

I.1 Krankenhäuser/Notfallaufnahmen

I.1.1 Bitte erläutern Sie die aktuelle Struktur der Notaufnahme in Ihrem Krankenhaus? (Portalpraxis? Zentrale Notaufnahme? Zusammenarbeit mit Bereitschaftsdienst? Zusammenarbeit mit Rettungsdienst?)

Raum für Notizen des Interviewers:

I.1.2 Werden die Patienten in der Notaufnahme triagiert? Wenn ja, nach welchem System?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.1.3 Wer übernimmt die Triage?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.1.4 Werden Patienten von der Notaufnahme an niedergelassene Ärzte bzw. den kassenärztlichen Notdienst verwiesen? Wenn ja, nach welchen Kriterien wird das entschieden?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.1.5 Wie beurteilen Sie die Kooperation mit den KV-RegioMed-Praxen bzw. den kassenärztlichen Notdienst im allgemeinen in der Versorgung ambulanter Fälle?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.1.6 Welche Probleme wurden durch die Kooperation gelöst/gelindert? Welche Probleme sind neu hinzugekommen?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.1.7 Wo sehen Sie aktuelle Probleme im Versorgungsalltag der Krankenhaus-Notaufnahme?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.1.8 Wie haben sich die Probleme im Laufe der Zeit gewandelt?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.1.9 Hat sich das Anspruchsdenken der Patienten an die Notaufnahme Ihrer Meinung nach über die Zeit gewandelt?

Raum für Notizen des Interviewers:

I. Sektor-spezifische Fragen

I.2 Rettungsdienste/Notärzte

I.2.1 Wie ist die Leitstelle organisiert?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.2.2 Wer disponiert? Welche Qualifikation hat der Disponent?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.2.3 Wie wird das Einhalten der gesetzlichen Hilfsfrist gewährleistet?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.2.4 Nach welchen Kriterien wird entschieden, welche Klinik angefahren wird?
(*schnellster Weg vs. beste Ausrüstung*)

Raum für Notizen des Interviewers:

I.2.5 Wie hoch ist der Anteil der Personen, die nach rettungsdienstlicher bzw. notärztlicher Behandlung nicht in die Klinik eingeliefert werden müssen?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.2.6 Wie ist das Verhältnis zwischen Einsätzen der Notfallrettung und Einsätzen des betreuungspflichtigen Krankentransports?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.2.7 Wo sehe Sie aktuelle Probleme im Versorgungsalltag speziell im Hinblick auf den Rettungsdienst?

Raum für Notizen des Interviewers:

I. Sektor-spezifische Fragen
I.3 Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst

I.3.1 Wie ist der Bereitschaftsdienst organisiert? Wie viele Bereitschaftsdienstbezirke, Wie viele Dienste pro Arzt pro Quartal?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.3.2 Welche Belastungen ergeben sich für den niedergelassenen Arzt aus der Teilnahme-Verpflichtung am Bereitschaftsdienst?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.3.3 Inwieweit wirken sich die Verpflichtungen aus dem Bereitschaftsdienst auf die Niederlassungsbereitschaft von Ärzten aus?

Raum für Notizen des Interviewers:

I.3.4 Wie ist die allgemeine Erfahrung mit den KV-RegioMed-Praxen? Welche Vorteile bzw. welche Nachteile ergeben sich aus der Kooperation zwischen der KV-RegioMed-Praxis und dem Krankenhaus?

Raum für Notizen des Interviewers:

II. Sektor-unspezifischer Teil

II.1 Adäquatheit II.1.1 Stichwort Überqualifikation

II.1.1.1 Welchen zeitlichen Stellenwert nehmen „banale“ Behandlungen ein, die aus Ihrer Sicht auch sicher ambulant zu versorgen wären?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.1.1.2 Welchen zeitlichen Stellenwert nehmen Patientenkontakte ein, die aufgrund Ihrer Problematik geeigneterweise von anderen Professionen (z.B. Sozialarbeiter, Seelsorger, Einzelfallhelfer) zu adressieren wären?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.1. Adäquatheit

II.1.2. Stichwort Überforderung

II.1.2.1 Gibt oder gab es Situationen, wo Sie sich aufgrund von mangelnder Erfahrung oder dem Fehlen spezieller Fertigkeiten (z.B. Intubation, Thorax-Drainage, Narkose, Versorgung von Kindern) Ihrer Aufgabe nicht angemessen vorbereitet fühlen bzw. fühlten?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.1.2.2 Stellen schlechte oder mangelhafte Einweisungen ein Problem für die von Ihnen geleistete Versorgung dar und wenn ja in welchem Umfang?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.1.2.3 Sind die administrativen Regeln innerhalb der Rettungskette (Wann darf/muss ich verlegen? Wann darf/muss ich aufnehmen? Wann darf/muss ich wegschicken?) klar oder gibt es im Versorgungsalltag diesbezüglich Unsicherheiten?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.1.2.4 Sind die administrativen Regeln außerhalb der Rettungskette (Kostenübernahmen, Zuständigkeiten, Kostenträger, Pflege, Hilfsmittel, Heilmittel) klar oder gibt es im Versorgungsalltag diesbezüglich Unsicherheiten?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.1.2.5 Gibt es im Versorgungsalltag Unsicherheiten aufgrund von fehlenden Kenntnissen zu haftungsrechtlicher Implikationen eigenen Handelns?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.1.2.6 Bekommen Sie die Unzufriedenheit der Patienten zu spüren, die Sie als Teil eines mangelbehafteten Systems wahrnehmen? Haben Sie dabei das Gefühl für andere den Kopf hinzuhalten oder auch tatsächlich in einem System der Mangelverwaltung zu agieren?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2 Ressourcen / Kontext

II.2.1 Personal (qualitative Aspekte)

II.2.1.1 Beschreiben Sie bitte die Qualifikation des in der Rettungskette eingesetzten Personals (z.B. Rettungsassistenten, Pfleger, Fahrer und Sozialarbeitern?)

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.1.2 Wie würden Sie die Kollaboration innerhalb der Rettungskette beschreiben?

Raum für Notizen des Interviewers:

Mögliche präzisierende Nachfragen: Gibt es wechselnde oder bewährte Teams? Läuft die Kollaboration professionell und qualitätsgesichert ab oder gibt es Stellen, an denen die Kollaboration mangelhaft oder verbesserungsresistent abläuft?

II.2.1.3 Gibt es für Sie Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten auf die Kollaboration? Wenn ja, bitte beschreiben und bewerten Sie diese?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.1.4 Wie würden Sie diese Fragen im zeitlichen Verlauf betrachten?

Raum für Notizen des Interviewers:

2. Ressourcen / Kontext

II.2.2. Personal (quantitative Aspekte)

II.2.2.1 Ist die quantitative Ausstattung mit Personal den Erfordernissen der Aufgaben angemessen? An welchen Stellen wird aus Ihrer Sicht zu viel oder zu wenig Personal vorgehalten?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.2.2 Gibt es Schwierigkeiten bei der Rekrutierung neuen Personals?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.2.3 Wie bewerten Sie die letztgenannten Aspekte im Verlauf der Zeit?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2 Ressourcen / Kontext
II.2.3 Rettungsmittel / Apparative Ausstattung

II.2.3.1 Welche apparative Ausrüstung steht für die Notfallversorgung zur Verfügung (Labor, Bildgebung, andere Diagnostik)?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.3.2 Wie häufig limitiert die apparative Ausstattung die Behandlungskontinuität (Wie häufig muss nachgefordert oder verlegt werden)?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.3.3 Welche Wissensressourcen stehen am point of care zur Verfügung? Wie bewerten Sie diese Verfügbarkeit?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2 Ressourcen / Kontext

II.2.4 Räume

II.2.4.1 Wie ist der Zugang zur Versorgung geregelt? Welche Wege sind definiert?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.4.2 Wird durch die räumlichen Gegebenheiten effiziente Arbeit eher gefördert oder eher behindert?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.4.3 Werden eventuell mögliche prozessuale Anpassungen durch die räumlichen Gegebenheiten erschwert?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.2.4.4 Wie bewerten Sie die Qualität des mobilen Arbeitsplatzes?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.3 Steuerungsmechanismen

II.3.1 Vergütung

II.3.1.1 Ist die Vergütung für die Leistungserbringung transparent? Gibt es aus Ihrer Sicht Fehlallokationen von Geld (Sparen oder Verschwendung am falschen Ende)?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.3.1.2 Wie bewerten Sie das Preis-Leistungsverhältnis aus Ihrer Sicht, aus Sicht des Systems, aus Sicht der Gesellschaft?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.3.1.3 Welche Incentivierungen halten Sie für denkbar, die zu einer Verbesserung der Versorgungsrealität führen könnten? Welche Rolle der Stakeholder sehen Sie dabei?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.3. Steuerungsmechanismen II.3.2 Informiertheit

II.3.2.1 Wie schätzen Sie den Informiertheitsgrad der verschiedenen Beteiligten ein?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.3.2.2 Wie schätzen Sie die Lernfähigkeit der Beteiligten ein? Wo liegen die Schranken der Lernfähigkeit? Welche Methoden der Informationsvermittlung würden Sie empfehlen?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.4 Übergabepunkte

II.4.1 Funktionierende Schnittstellen

II.4.1.1 Wie funktionieren die Übergaben innerhalb des eigenen Systems? Und wie zwischen den Systemen (v.a. ambulant-stationär, aber auch pflege-medizin, medizin-sozial)?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.4.1.2 Welche Gründe führen zum reibungslosen Funktionieren der Schnittstelle (Personen, Vergütung, Systemimmanent, Recht)?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.4.1.3 Haben Sie bzw. hat Ihre Institution Einflussmöglichkeiten auf das Funktionieren der oben genannten Schnittstellen?

Raum für Notizen des Interviewers:

4. Übergabepunkte
II.4.2 Dysfunktionale/Fehlende/Entbehrliche Schnittstellen

II.4.2.1 Gibt es dysfunktionale Schnittstellen innerhalb des eigenen Systems?
Oder zwischen den Systemen (v.a. ambulant-stationär, aber auch pflege-
medizin, medizin-sozial)?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.4.2.2 Was sind die Gründe für die Dysfunktion der Schnittstelle (Personen,
Vergütung, Systemimmanent, Recht)?

Raum für Notizen des Interviewers:

II.4.2.3 Gibt es aus Ihrer Sicht fehlende Schnittstellen? (Werden diese nicht
gesehen oder evtl. von anderen Seiten nicht gewünscht?)

Raum für Notizen des Interviewers:

II.4.2.4 Gibt es aus Ihrer Sicht entbehrliche Schnittstellen? (Was sind die angeführten Gründe für ihre Existenz? Ist die Schnittstelle in jeder Hinsicht entbehrlich?)

Raum für Notizen des Interviewers:

Kurzüberblick als Tischvorlage

I. Sektor-spezifische Fragen

I.1 Krankenhäuser/Notfallaufnahmen *oder*

I.2 Rettungsdienste/Notärzte *oder*

I.3 Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst

II. Sektor-unspezifische Fragen

II.1 Adäquatheit

II.1.1 Stichwort Überqualifikation

II.1.2 Stichwort Überforderung

II.2 Ressourcen

II.2.1 Personal (qualitative Aspekte)

II.2.2 Personal (quantitative Aspekte)

II.2.3 Rettungsmittel / Apparative Ausstattung

II.2.4 Räume

II.3 Steuerungsmechanismen

II.3.1 Vergütung

II.3.2 Informiertheit

II.4 Übergabepunkte

II.4.1 Funktionierende Schnittstellen

II.4.2 Dysfunktionale/Fehlende/Entbehrliche Schnittstellen

Notfall- und Akutversorgung Brandenburg - Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg



Fünf Fragen zur Zusammenarbeit von Rettungsstelle und Ärztlicher Bereitschaftsdienstpraxis

Kooperationspartner des Projektes sind die CSG Clinische Studien Gesellschaft, das IGES Institut, das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Ministerium des Innern und für kommunales, AOK Nordost, Verband der Ersatzkassen e.V., BKK Landesverband Mitte, IKK Brandenburg und Berlin, KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Cottbus, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V., Landkreistag Brandenburg e.V., Städte- und Gemeindebund Brandenburg e.V. sowie der Landespflegerat Berlin-Brandenburg

Seit 2017 erforschen wir die Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg mit einem breiten Methodenmix aus Sekundärdatenauswertung und Primärdatenerhebung. Dabei untersuchen wir auch die sektorenübergreifende Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor in der Notfallversorgung.

Zur Vervollständigung dieser Untersuchung haben wir nach Input des Arbeitskreises Notaufnahmen Brandenburg (AKNB) folgenden kurzen Fragebogen entwickelt.

Die Ergebnisse der Befragung der Kooperationsstandorte helfen uns die praktische Ausgestaltung des jungen Kooperationsmodells abzubilden und eventuell Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung derartiger Kooperationen zu entwickeln.

1. Übernimmt das Krankenhaus anteilig die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung am Standort per Kooperationsvertrag nach §75 Abs. 1b SGB V?

- JA
- NEIN

1.1 Wenn JA,

1.1.1 seit wann:

1.1.2 an welchen Wochentagen und Uhrzeiten / zu wie vielen Wochenstunden:

1.1.3 Können durch das Krankenhaus folgende vertragsärztliche Formulare ausgestellt werden:

	JA	NEIN
Rezepte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verordnungen von Krankenhausbehandlungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Wie viele notfallmäßige bzw. ungeplante Patientenkontakte* hat das Krankenhaus in jedem Quartal seit der – und im Jahr vor – der Eröffnung der Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis gehabt?

2.1 Wie viele davon hat das Krankenhaus jeweils während der Öffnungszeiten der Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis gehabt?

2.1.1 Wie viele davon hat das Krankenhaus jeweils ambulant behandelt und per EBM über die KVBB abgerechnet?

* Besuche alle Behandlungs-/Abrechnungsarten

3. Wie gestaltet sich der Patientenpfad während der Öffnungszeit der Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis?

- A – gemeinsamer Tresen;
- B – getrennter Tresen;
- C – Erstkontakt durch Pflegekraft Rettungsstelle
- D – Erstkontakt durch Pflegekraft KV

- A-C
- A-D
- B-C
- B-D
- Anderer: _____

3.1 Sollten sich die Patientenpfade seit Eröffnung der Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis geändert haben, geben Sie bitte die jeweiligen Zeitpunkte an und beschreiben Sie bitte die Unterschiede!

3.2 Welches System zur Erst- und Dringlichkeitseinschätzung wird an dem Krankenhausstandort angewendet?

- Manchester Triage System (MTS)
- Emergency Severity Index (ESI)
- Anderer: _____

3.3 Falls Sie ein standardisiertes System anwenden, nutzen Sie dieses in modifizierter Form?

3.4. Werden alle Notfallpatienten bei Erstkontakt mit diesem System eingeschätzt?

3.5. Wenden Sie das System elektronisch an, d.h. erfassen Sie alle Aspekte digital?

4. Nach welchen Kriterien bzw. auf welcher Grundlage erfolgt die Zuordnung des Patienten durch den ersten nicht-ärztlichen Mitarbeiters mit medizinischer Expertise am Standort? (z.B. *Rechtsgrundlage, vertragliche Grundlage, inhaltliche Grundlage*)

5. Nach welchen Kriterien erfolgt die Zuordnung des Arztes, der die erste Anamnese und Untersuchung am Besuchstag erhebt bzw. durchführt, am Standort? (z.B. *Rechtsgrundlage, vertragliche Grundlage, inhaltliche Grundlage*)

- Ende der Fragen -

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie hier:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/notfall-und-akutversorgung-brandenburg-bestandsaufnahme-und-weiterentwicklung-der-notfall-und-akutversorgung-im-land-brandenburg.61>

Falls Sie weitere Fragen haben, stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Steffen Lütte

Fon +49 30 230 809 28

Fax +49 30 230 809 22

steffen.luette@csg-germany.com

www.csg-germany.com

Vorname	Nachname	Organisation
Jörn	Adam	Ev. KH Ludwigsfelde
Carsten	Bittigau	Ev. Diakoniekrankenhaus Berlin Teltow-Lehnhin
Burkhard	Blasche	Stadt Frankfurt/Oder
Benno	Bretag	Klinikum Dahme-Spreewald GmbH
Alexandra	Dreher	Landesapothekerkammer Brandenburg
Kathrin	Fuchs	Landesapothekerkammer Brandenburg
Thomas	Funk	FFO
Alexander	Geissler	TU Berlin
Jens	Graßmel	Ev. KH. Luckau
Martin	Hochstatter	Stadt Brandenburg an der Havel
Ulrike	John	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
Timm	Laslo	Eigenbetrieb Rettungsdienst
Birga	Maier	Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e.V.
Michael	Naitha	BF Potsdam, ÄLRD
Antje	Pfaffe	St. Josefs Krankenhaus, Potsdam
Thorsten	Reinhold	Landesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, Land Brandenburg
Martina	Schmiedhofer	Charité Berlin
Timo	Schöpke	Werner-Forßmann-Krankenhaus
Riccardo	Schult	Ruppiner Kliniken
Rajan	Somasundaram	Leiter, Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Robert	Walter	Berliner Feuerwehr
Petra	Wilke	Havelland Kliniken
Christian	Wrede	DGINA
Ingolf	Zellmann	Stadt Cottbus