

Effiziente Abstimmung zwischen ILS und 116117

Kooperation 116117 mit 112 in Ba-Wü

Ulrich Schreiner

GF Björn Steiger Stiftung gGmbH





Systemversagen

- Schluss damit, den Patienten unter Generalverdacht zu stellen, denn der Patient ist nicht Schuld am nicht funktionierendem Gesundheitssystem in Deutschland
- Vieles ist „nur am Telefon“ nicht zu erkennen: schnell können aus Patienten mit „nur“ Bauch- Kopf- oder Brustschmerz schnell lebensbedrohlich erkrankte Patienten mit Magendurchbruch, Herzinfarkt oder Gehirnblutung werden
- Das Anliegen von Patienten muss ernst genommen werden und das bedeutet z.B. bei 116117 muss jemand an das Telefon gehen, allerspätestens nach 3 Minuten, SMED Ergebnisse müssen mit Patientenoutcome validiert werden
- Was ist nach „SMED“? Ambulant/Stationär/Lebensbedrohlich oder dann doch 112 gewählt?
- Nicht der Anrufer muss wissen, wo er anrufen muss: er muss gelenkt und beraten werden, egal ob er 116117 oder 112 wählt (Single Point of **SERVICE**). Seine Zufriedenheit mit dem System hat oberste Priorität



Digitalisierung

- Vernetzung 116117 mit der 112, digitaler Fallaustausch
- Vermeiden bzw. Identifizieren von Systemhoppern
- Telesprechstunde (Telearzt oder/und Telenotarzt, bzw. Low Code Medizinberatung, Selbsteinschätzung Online), fahrende ärztliche Hausbesuchsdienste (unter Weisungsbefugnis der Leitstelle)
- Rettungsdienst, INZ, ZNA, ÄBD müssen so vernetzt sein, dass eine permanente Übersicht in Echtzeit über stationär und ambulante Versorgungskapazitäten besteht und welcher Patient mit welchem Krankheitsbild gerade von wo nach wo unterwegs ist
- Elektronische Patientenakte
- Online Rezepte
- Online Terminservicestelle auch für Patienten ohne Dringlichkeitscode



Unser Gesundheitssystem

- Wir haben wohl eher kein gutes Gesundheitssystem, sonst hätten wir keine Wartezeiten für Facharzttermine, CT, MRT, Hausarztmangel, Medikamentenmangel, Fachkräftemangel,.....
- Wir haben heute eine 116117 die u.U. im Nichts endet
- Der Rettungsdienst übernimmt immer mehr Aufgaben des KV Dienstes
- Wir haben keine 5 und 10 Jahresplanung (wie viele niedergelassene Ärzte haben wir denn dann noch? In den nächsten 5-10 Jahren gehen 50% der Niedergelassenen in Ruhestand und schon heute haben wir Patientenannahme Stopp)
- Wir müssen Arztsitze ehrlich berechnen (50% Frauenanteil, Work Life Balance)
- Heute bereits Fachkräftemangel: in der Pflege, im Rettungsdienst, im ärztlichen Bereich (aber der demographische Wandel beginnt gerade erst!)
- Wir müssen den Bürgern die Wahrheit sagen – welche Leistungen kann unser Gesundheitssystem zukünftig noch bieten

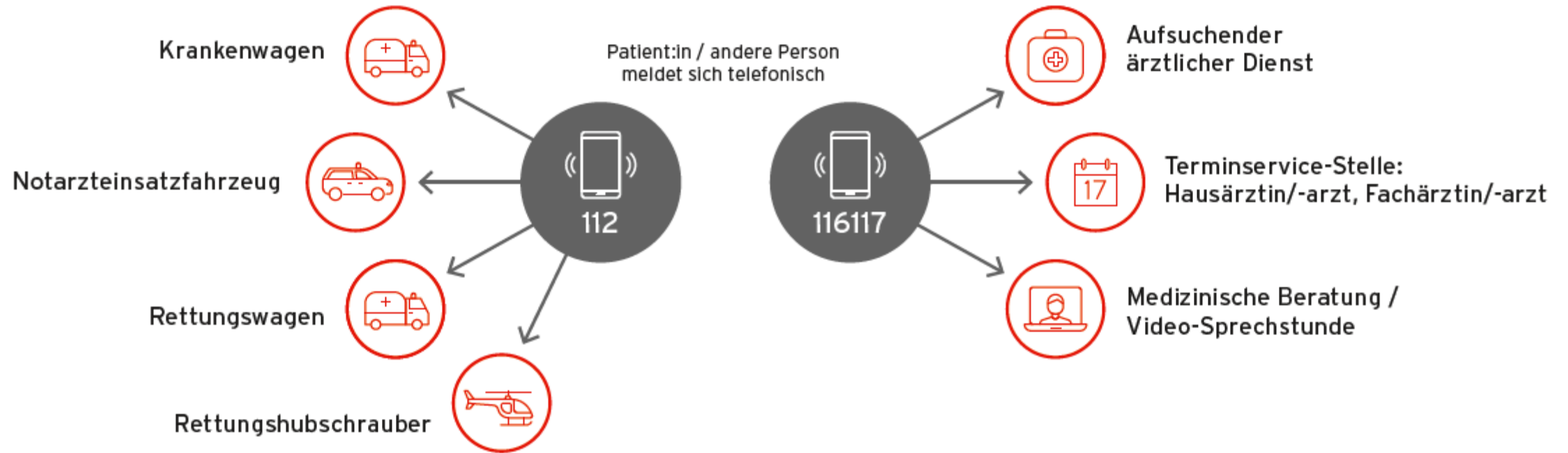


Es ist 5 nach 12 !!

- Überführung des ÄBD 116117 in die Rettungsleitstellen (Abfrage, Koordination und Führung)
- Gesundheitsberatung inkl. Terminservice über die Leitstellen (116117 läuft auf den Notrufleitstellen auf, bzw. wird digital vernetzt, denn wir haben in manchen Bundesländern noch zu viele Leitstellen. Bedeutet aus unserer Sicht z.B. für Baden-Württemberg evtl.. 10 Leitstellen mit Zusatzfunktion Medizinberatung, Terminservicestelle etc.)
- Aufsuchen der Patienten durch? ÄBD (lehnt häufig ab), also dann doch RD zukünftig ACN o.ä., gefähige in INZ an Krankenhäusern -> Vorstellung am Krankenhaus zur fallabschließenden Diagnostik und Therapie
- Zusätzliche oder ersetzende aufsuchende Dienste wie Sozialarbeiter, ACN, GemNotSan, Gemeindeschwester, Sociolance,
- Einführung von „Hilfsfristen“ beim ÄBD, ZNA, INZ. Zur Qualitätssicherung Auswertung der Protokolle
- Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen und kinderärztlichen Versorgung inkl. Telemedizinischer Erstberatung
- Ausstattung von Pflegeeinrichtungen, Heimbeatmungs- und Heimdialyse Einrichtungen etc. mit telemedizinischen Systemen und Videosprechstunde
- angepasste Leitstellendisponenten Ausbildung/Anpassung der NotSAN Ausbildung an das tatsächliche Einsatzgeschehen, Aufbau neuer aufsuchender Dienste



Ist-Zustand



Ziel der Patientensteuerung



Ulrich Schreiner
u.schreiner@steiger-stiftung.de

