



Positionspapier

des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zur

Reform der Notfallversorgung

Berlin, im Mai 2019

Inhaltsübersicht

Inhalt

1. Zusammenfassung/Executive Summary	2
2. Verbesserung der Gesundheitskompetenz	3
3. Niedrigschwelliger Zugang zu Informationen.....	3
4. Ambulante Versorgung von Notfällen.....	4
5. Telefonische Kontaktaufnahme und Alarmierungswege	4
6. Lenkung und Transport von Patienten in die bestgeeignete Versorgung.....	5
7. Die Notaufnahme als Anlaufstelle für Notfallpatienten.....	6
8. Ausstattung der Notaufnahme	7

1. Zusammenfassung/Executive Summary

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

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

- Neben der Zugänglichkeit müssen auch zeitnahe Diagnostik und qualitativ angemessene Versorgung gewährleistet sein. Ohne die hierfür nötigen Ressourcen (materiell, zeitlich, räumlich, personell, fachlich) ist eine sichere Patientenversorgung nicht möglich.
- Auch wenn Fragen der Finanzierung, internen Organisation und Verantwortungszuordnung bezüglich der Notfallversorgung nicht Gegenstand der APS-Positionierungen sind, sind unter dem Aspekt der Patientensicherheit auch die Vermeidung von Overcrowding von Notaufnahmen und die Stärkung von ambulanten Versorgungsangeboten nahe der Lebenswelt der Patienten wichtige Ziele.

2. Verbesserung der Gesundheitskompetenz

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

- Etablierung eines Schulfachs „Gesundheit und Gesundheitswesen“ oder alternativ Aufnahme entsprechender Inhalte in die Lehrpläne anderer Fächer an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen
- Aufnahme von Lehrinhalten zur Gesundheitskompetenz in Integrationskurse
- Entwicklung von Kursangeboten und deren finanzielle Unterstützung im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung
- Kampagnen z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

In diesem Zusammenhang sollten neben den Alarmierungswegen (112, 116 117) und Versorgungsangeboten (Bereitschaftspraxen, Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen) vor allem auch Informationen über akut lebensbedrohliche Notfälle vermittelt werden. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass neben Schlaganfall und Herzinfarkt auch die Sepsis ein akut lebensbedrohlicher Notfall ist.

3. Niedrigschwelliger Zugang zu Informationen

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

4. Ambulante Versorgung von Notfällen

Die ambulante Versorgung ist eine wesentliche Säule der Notfallversorgung insgesamt. Diese besteht nicht nur im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten, sondern bereits in der Möglichkeit der Versorgung im Rahmen von Hausbesuchen. Im Interesse der Patientensicherheit ist in der Regel eine Versorgung durch den betreuenden (Haus-)Arzt einer Versorgung durch diensthabende Ärzte vorzuziehen, da durch die Tatsache, dass der Patient dem Arzt bekannt ist, Patientengefährdungen durch inadäquate Kombination von Medikamenten oder unzureichende Anamnese strukturell weniger wahrscheinlich sind. Dies gilt insbesondere bei der Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen, da es sich hier häufig um multimorbide Personen mit mehreren verordneten Medikamenten handelt. Dies setzt allerdings voraus, dass es sich um einen Notfall handelt, der vom Hausarzt adäquat versorgt werden kann. Bei Symptomen, die dringende Versorgung oder spezielle apparative Ausstattung erfordern, sollten ohne Zeitverzug andere Versorgungsangebote angesteuert werden. Und die Versorgung durch Hausärzte im Notfall ist nur dann vorzuziehen, wenn diese trotz bestehender Arbeitsbelastung in der Praxis dem Patientenbedarf entsprechend kurzfristig erfolgen kann. Ist dies nicht möglich, muss die Versorgung durch andere Angebote erfolgen.

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

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

5. Telefonische Kontaktaufnahme und Alarmierungswege

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

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

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

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

Als weiterer, dringend zu adressierender Punkt ist die Barrierefreiheit der Notfallversorgung zu nennen (übrigens nicht nur im Bereich der Rettungsleitstellen, sondern im gesamten Versorgungsprozess). Gemeint ist hier nicht nur die physische Erreichbarkeit von Notaufnahmen und Bereitschaftspraxen für Menschen mit Einschränkungen der Mobilität, obwohl diese selbstverständlich auch gegeben sein muss. Gerade im Zusammenhang mit der Alarmierung von Hilfe im Notfall werden vor allem auch Sinneseinschränkungen und Fremdsprachlichkeit von Hilfesuchenden zur Barriere, die im Interesse der Patientensicherheit überwunden werden muss. So sollten Alarmierungen des Rettungsdienstes durch einen Notrufdialog auch für Gehörlose möglich sein, indem z.B. textbasierte Apps angeboten werden. Wenn zumindest diese spezialisierten Leistungen von Leitstellen zentralisiert werden, ist die Vorhaltung von mehrsprachigem Personal zumindest für häufige Fremdsprachen möglich.

6. Lenkung und Transport von Patienten in die bestgeeignete Versorgung

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

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

Zweiter wichtiger Aspekt ist die Verfügbarkeit bzw. aktuelle Auslastung der Versorgungsangebote. Entsprechend sollten in dem o.g. elektronischen System in Echtzeit freie Behandlungskapazitäten angezeigt werden, damit Transporte gezielt diese ansteuern können und keine wertvolle Zeit mit Irrfahrten versäumt wird. Für die Krankenhausplanung sollten Auswertungen der verfügbaren Plätze und insbesondere lokalen und fachlichen Engpässe zur Verfügung gestellt werden, um sicherheitsrelevante Versorgungslücken und überlange Transportzeiten zu vermeiden.

Und schließlich gilt es auch im Interesse der Patientensicherheit, Overcrowding-Effekte zu vermeiden. Das bedeutet, dass die Patienten durch Leitstellen und Transportdienste zu den Versorgungsangeboten geleitet werden sollen, die für ihre Versorgung ausreichend qualifiziert und ausgestattet, aber nicht überdimensioniert sind. Freie Kapazitäten für Patienten mit potentiell oder akut vitalbedrohlichen Zuständen sind essentielle Elemente der Daseinsvorsorge. Sie sollten keinesfalls durch einfacher zu versorgende Patienten verstopft werden. Um das zu erreichen, sollten alle organisatorischen Mittel genutzt werden, aber keine (finanzielle) Abschreckung der Patienten bezüglich der Inanspruchnahme erfolgen, um Patientensicherheit nicht zu gefährden.

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

7. Die Notaufnahme als Anlaufstelle für Notfallpatienten

Notaufnahmen von Krankenhäusern werden immer eine zentrale Anlauf- und Schnittstelle für die Versorgung von Patienten im Notfall sein. Hier treffen Menschen mit dem Rettungswagen oder Rettungshubschrauber ein, andere wiederum suchen die Notaufnahme selbständig auf. Im Interesse der Patientensicherheit ist unabdingbar, dass alle Patienten, die in eine Notaufnahme kommen, binnen kurzer Zeit von einer entsprechend qualifizierten und erfahrenen Pflegekraft einer Ersteinschätzung auf der Grundlage eines fünfstufigen und softwareunterstützten Systems bezüglich der Dringlichkeit ihrer medizinischen Versorgung unterzogen werden. Das gestufte Konzept der stationären Notfallversorgung, das der G-BA verabschiedet hat, sieht vor, dass diese Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten erfolgen muss. Diese Forderung unterstützt das APS ausdrücklich. Insbesondere hinsichtlich der Erkennung von potentiell lebensbedrohlichen Notfällen bei unklaren oder untypischen Symptomen (z.B. Sepsis, Herzinfarkt bei Frauen) darf nicht davon ausgegan-

gen werden, dass die Ersteinschätzung von Patienten, die die Notaufnahme aus eigener Kraft aufsuchen, länger aufgeschoben oder gar unterlassen werden kann. Ein weiteres schwerwiegendes Problem von Notaufnahmen besteht im sog. Overcrowding, d.h. die Versorgungskapazitäten der Notaufnahmen werden überstrapaziert, weil Patienten nicht in weiterversorgende Angebote abgegeben werden können. Die Folge ist, dass neu eintreffende Notfälle nicht sicher versorgt werden können. Um diesen negativen Effekt auf die Patientensicherheit zu vermeiden, befürwortet das APS u.a. die vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen gemeinsamen Empfangstresen in der Notaufnahme. Insbesondere, wenn diese mit der Kompetenz (und Softwareunterstützung) zur Ersteinschätzung und zur Vermittlung in angeschlossene weiterversorgende Angebote z.B. der vertragsärztlichen Versorgung ausgestattet sind, können so wesentliche Probleme der Patientensicherheit gelöst werden. Grundsätzlich muss die Entscheidung, in welche Versorgung die Patienten vom gemeinsamen Tresen aus geleitet werden, ausschließlich vom Patientenbedarf bestimmt sein.

Ebenso befürwortet das APS, dass nur solche Krankenhausstandorte als integrierte Notfallzentren ausgewiesen und gegenüber der Bevölkerung aktiv kommuniziert werden, die über die Kapazitäten verfügen, um Notfälle auch rasch auf Intensiv- und andere Stationen aufzunehmen. Das gestufte Konzept der Notfallversorgung, das im April 2018 vom G-BA beschlossen wurde, sieht hier je nach Versorgungsstufe verschiedene Mindestausstattungen hinsichtlich Fachabteilungen und insbesondere Intensivbetten vor. Derartige Vorgaben unterstützt das APS ausdrücklich. Und schließlich sind auch die Krankenhäuser in der Pflicht, bekannten bzw. erwartbaren Schwankungen (z.B. Grippesaison, Silvester, Hitzewelle) durch Kapazitätssteuerung innerhalb der Notaufnahmen und durch Belegungssteuerung im elektiven Bereich der aufnehmenden Stationen entgegenzuwirken.

8. Ausstattung der Notaufnahme

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

1. Es müssen die für Diagnostik und Akutbehandlung/Stabilisierung nötigen Geräte und Ausstattungsmerkmale vorhanden sein.
2. Es muss jederzeit bzw. zumindest binnen sehr kurzer Frist ärztliches Personal mit allen für die jeweilige Versorgungssituation nötigen Fachkenntnissen verfügbar sein.
3. Es müssen ausreichend und ausreichend qualifizierte Pflegekräfte vorhanden sein. Hinsichtlich Qualifikation ist auch die Einweisung in/das Training an den eingesetzten medizintechnischen Geräten zu gewährleisten.

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

Beispielsweise in den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ist vorgegeben, dass die zentrale Notaufnahme ein eigener organisatorischer Bereich ist. Mit einer solchen Organisationsstruktur wird unterstützt, dass die für die Behandlung der Notfallpatienten in Abhängigkeit von der Versorgungsstufe nötigen Ressourcen auch tatsächlich in der Notaufnahme zur Verfügung stehen, was im Interesse der Patientensi-

cherheit unerlässlich ist. So wird auch der Fehlentwicklung vorgebeugt, dass die Notaufnahme mit personellen und materiellen Ressourcen betrieben wird, die von anderen Fachbereichen, möglicherweise gegen interne Widerstände, bereitgestellt werden.

Notfallversorgung ist fachlich höchst anspruchsvoll und vielfältig. Insbesondere ist im Interesse der Patientensicherheit zu vermeiden, dass wenig erfahrenes (ärztliches oder pflegerisches) Personal für Tätigkeiten in der Notaufnahme verantwortlich abgestellt wird, die über dem individuellen Qualifikationsprofil liegen. Auch wenn ärztliches Personal mit spezialisiertem Tätigkeitsspektrum, das von dem der Notfallversorgung stark abweicht, hier alleinverantwortlich tätig wird, sind Überforderungssituationen und damit Gefährdungen der Patientensicherheit vorprogrammiert. Deshalb erscheint mit Blick auf Standorte der erweiterten und insbesondere der umfassenden Notfallversorgung angeraten, den Einsatz speziell weitergebildeter Fachärzte und Pflegekräfte anzustreben.

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

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

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

Das APS steht für

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

Kontakt:

Hedi François-Kettner, Vorsitzende

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