

# Stellungnahme zu den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund

(April 2007)



## Einführung

Die stationäre Rehabilitation Sucht hat im Sinne des SGB IX den Auftrag, die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderungen Bedrohten am Leben in der Gesellschaft und ihren Gemeinden zu fördern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, bzw. zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und die persönliche Entwicklung zu stärken. Die Qualität der Rehabilitationsbehandlung und deren Einbettung in das Behandlungs- und Versorgungssystem vor Ort sind dabei von entscheidender Bedeutung. Dieser Zielsetzung sollen die Strukturanforderungen der DRV Bund dienen, die in folgenden Dokumenten und Beiträgen vorgestellt wurden:

- Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen mit 100 Rehabilitationsplätzen, 26. Juli 2006
- Dokumentationsbogen für Visitationen in Einrichtungen zur stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, Version 1.0/Ab1 Oktober 2006
- Vorträge zum Thema Bereitschaftsdienst/Notfallmanagement von Frau Helga Schallenberg, Dezernat 8022 Abteilung Rehabilitation der DRV Bund (Management-Tagung des ‚buss‘ im September 2005) und von Herrn Peter Baron Fachbereich 2 Abteilung Rehabilitation der DRV Bund (Jahrestagung des ‚buss‘ im März 2006) sowie Gespräch DRV Bund mit den Suchtverbänden vom 19. Juni 2006

Die hohe Leistungsfähigkeit der indikationsbezogenen, stationären medizinischen Rehabilitation Sucht ist weitgehend nachgewiesen. Daher dürfen pauschale Strukturanforderungen nicht dazu führen, dass die Qualität der individuellen Behandlung und des gesamten Behandlungssystems reduziert wird. Die Festlegung von angemessenen Qualitätsstandards im Bereich Infrastruktur und Personal unter Berücksichtigung der besonderen Rahmenbedingungen im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen (geringes somatisches Risikopotential der Patientinnen und Patienten, Größe und strukturelle Voraussetzungen der Einrichtungen) sollte sich bundesweit an einheitlichen Maßstäben orientieren. Auch die Überprüfung der Qualitätsstandards sollte in diesem Sinne erfolgen. Dabei ist ein vertrauensvoller und wertschätzender Umgang zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer von zentraler Bedeutung.

Die Formulierung von Checklisten (bspw. für Visitationen) ist prinzipiell zu begrüßen, führen sie doch zu größerer Transparenz und stärkerer Klarheit bzgl. der Anforderungen des Leistungsträgers. Kritisch ist jedoch die in den genannten Dokumenten durchschimmernde wesentlich stärkere Betonung der Medizin und der ärztlichen Tätigkeit zu sehen. Unhinterfragbar ist die weiterhin gültige Prämisse, dass medizinische Rehabilitation nur unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stattfinden kann. Dabei spielt bei den Sucht-Rehabilitanden im konkreten Versorgungsalltag die medizinische Perspektive gegenüber der sozialen und psychologischen Perspektive eine deutlich untergeordnete Rolle. Die geforderte ärztliche Präsenz und Betreuungsintensität widerspricht teilweise den bisher gültigen und erfolgreichen Konzepten (und den zugehörigen genehmigten Stellenplänen) und kann möglicherweise nur zu Lasten anderer Berufsgruppen realisiert werden.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen trägt aber in diesem Rehabilitationsbereich besonders zur guten Ergebnisqualität bei, zumal es in der Regel körperlich stabilere und gesündere Menschen sind, die diese Entwöhnungsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Gute Auslastungen und Haltequoten gerade kleinerer Rehabilitationseinrichtungen sind als Hinweis auf hohe Qualität in diesen Einrichtungen zu werten. Eine allzu strenge Normierung kann konzeptionelle Weiterentwicklungen der indikationsbezogenen Rehabilitationsbehandlung beeinträchtigen und so einer von allen Seiten gewollten Stärkung der stationären, medizinischen Rehabilitation Sucht entgegenwirken.

Die Suchtverbände der freien Wohlfahrtspflege setzen sich mit dieser Stellungnahme gemeinsam dafür ein, dass eine nachhaltige Rechts- und Planungssicherheit für die Einrichtungen ermöglicht wird und die Umsetzung der vorgestellten Strukturanforderungen durch klinikspezifische Konzepte zum Bereitschaftsdienst und Notfallmanagement unter Berücksichtigung von Infrastruktur, Personalausstattung, regionaler Anbindung und finanziellen Rahmenbedingungen erfolgen kann.

*Ansprechpartner:*

*„buss“*

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe  
Dr. Andreas Koch

Wilhelmshöher Allee 273  
34131 Kassel  
Telefon 0561/779351  
Fax 0561/102883  
andreas.koch@suchthilfe.de

CaSu  
Caritas Suchthilfe  
Stefan Bürkle

Karlstraße 40  
79104 Freiburg  
Telefon 0761/200-303  
Fax 0761/200-350  
stefan.buerkle@caritas.de

(fdr)  
Fachverband Drogen und Rauschmittel  
Jost Leune

Odeonstr.14  
30159 Hannover  
Telefon 0511/18333  
Fax 0511/18326  
leune@fdr-online.info

GVS  
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe  
im Diakonischen Werk  
der Evangelischen Kirche in Deutschland  
Dr. Theo Wessel

Altensteinstr. 51  
14195 Berlin  
Telefon 030/84312357  
Fax 030/84418336  
wessel@sucht.org

## **Anforderungsprofil**

### *Allgemeine Anmerkungen*

Die Ausführungen im Anforderungsprofil richten sich an stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen mit 100 und mehr Rehabilitationsplätzen. Damit zeigt es die Perspektiven der DRV-Bund für große Alkoholeinrichtung auf. Gleichzeitig wird im Papier jedoch festgestellt, dass bei den Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ein breites Spektrum von kleinen, mittelgroßen und großen Rehabilitationseinrichtungen existiert und dass die Einrichtungen mit mehr als 100 Rehabilitationsplätzen den qualitativen Anforderungen der Rentenversicherung am ehesten entsprechen. Im Text finden sich darüber hinaus Passagen, die Aussagen zur Rehabilitation von Drogenabhängigen treffen.

Das ist insgesamt betrachtet missverständlich und erfordert eine Klarstellung durch die Rentenversicherung dahingehend, dass die vorliegenden Anforderungen an die großen Einrichtungen im Bereich der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gerichtet sind und nicht indirekt als Diskriminierung von Einrichtungen mit geringerer Platzzahl verstanden werden dürfen. Es könnte hilfreich sein, ein Anforderungsprofil zu formulieren, das alle stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation umfasst. Darin kann dann auch deutlich werden, dass unterschiedlich große Einrichtungen den unterschiedlichen Rehabilitationsbedarfen suchtkranker Menschen entgegen kommen. Die Vielzahl indikativer Gruppenangebote ist kein alleiniges Qualitätsmerkmal für eine erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme. Einrichtungen, mit weniger Plätzen können bessere Chancen der individuellen Förderung bieten, was für bestimmte Patientengruppen, beispielsweise für Menschen mit Migrationshintergrund, im Jugendalter und für junge Erwachsene – auch mit deren Kindern – von Vorteil sein kann. Insofern kann eine bestimmte Einrichtungsgröße, mit ihren jeweiligen spezifischen Angeboten, ein ausschlaggebendes Qualitätsmerkmal für die Erfüllung der individuellen Rehabilitationsbedarfe der Patienten/innen sein.

Die medizinische Rehabilitation Suchtkranker orientiert sich nicht in erster Linie an somatischen Erkrankungen, sondern folgt, wie im Anforderungsprofil beschrieben, dem biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsfolgenmodell der WHO. Trotzdem ist eine Vielzahl der beschriebenen Forderungen zu einseitig an einem somatischen Behandlungsverständnis ausgerichtet. Dies wird beispielsweise in den Ausführungen zur apparativen Diagnostik sowie in den personellen Anforderungen aber auch in der Beschreibung der allgemeinen Anforderungen (Arzneimittel- und Hygienekommission) deutlich.

### *Hinweise auf einzelne Aspekte des Anforderungsprofils*

Im Folgenden wird auf wesentliche Aspekte des Anforderungsprofils eingegangen:

#### **a) Art und Umfang der Leistungen (Nr. 1)**

Das benannte Modell zur Kombinationsbehandlung „stationär/ambulant“ sieht grundsätzlich nur den stationären Beginn der Maßnahme vor. Dies ist für die Unterschiedlichkeit der Behandlungsanforderungen zu einschränkend.

#### **b) Fort- und Weiterbildung (Nr. 2.2)**

Die Durchführung von Erste-Hilfe- und Notfall-Übungen sollte auf mindestens 1x jährlich begrenzt sein. Wichtig ist, dass die Einrichtung sicherstellen kann, dass alle Mitarbeiter/innen jährlich beteiligt sein können.

**c) Arzneimittelkommission und Hygiene (Nr. 2.3 und 2.4)**

Für die Behandlungsbelange im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken erscheint die Einführung einer Arzneimittelkommission übertrieben. In den Kliniken, die ein Qualitätsmanagement betreiben, liegen Hygienepläne grundsätzlich vor.

**d) Apparative und räumliche Voraussetzungen (Nr. 5.3)**

Bei der apparativen Ausstattung zur Diagnostik sind unbedingt die besonderen Anforderungen, die das Krankheitsbild suchtkranker Menschen mit sich bringt, zu berücksichtigen. Notfälle und Zusatzdiagnostiken, wie im Anforderungsprofil gefordert, entsprechen nicht den tatsächlichen Erfordernissen der Klientel der Suchtkranken. Wie in einer internen Befragung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“) deutlich wurde, werden in den stationären Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation für alkoholranke Patienten mit geringem Risikopotential im Hinblick auf medizinische Notfälle behandelt. Besondere medizinische und psychiatrische Risikofaktoren werden im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung erhoben und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Notfälle (bis hin zu Todesfällen) treten - im Vergleich zu Normalbevölkerung - in sehr begrenztem Umfang auf und werden professionell behandelt (Erste Hilfe und Verständigung Notarzt).

Die geforderten apparativen Voraussetzungen können, wenn tatsächlich erforderlich, auch an anderer Stelle sichergestellt werden. Belastungs-EKG, Abdomen-Sonographie, Lungenfunktionsstörungen etc. können von einem niedergelassenen Facharzt durchgeführt werden. Auch scheinen Überwachungszimmer für Notfälle mit Geräten zur Reanimation und Überwachung überdimensioniert. Sollte ein entsprechender Notfall eintreten, stellt sich die Frage der Verlegung in ein umliegendes Krankenhaus.

**e) Diagnostik (Nr. 6.2)**

Häufige Verlaufskontrollen unter anhaltender Abstinenz, wie die Kontrolle der Laborwerte und über sonografische Untersuchungen des Abdomens sowie laborchemische Abstinenzkontrollen, wie im Anforderungsprofil gefordert, sind fachlich weder erforderlich noch sinnvoll. Kontrollen und Untersuchungen bei Rückfall und Rückfallgefährdung sind diagnostische Instrumente und sollten als solche ausschließlich punktuell, d.h. bei begründetem Verdacht und nicht präventiv oder begleitend eingesetzt werden.

**f) Personelle Anforderungen (Nr. 7)**

Grundsätzlich ist es richtig und verständlich, dass das Fachpersonal über entsprechende berufliche Qualifikationen verfügt. Suchtmedizinische Kenntnisse und Qualifikationen können jedoch nur tätigkeitsbegleitend in Einrichtungen der Suchthilfe erworben werden. Die Eintrittsvoraussetzungen müssen die Möglichkeit berücksichtigen, die erforderlichen Fachkenntnisse und Weiterbildungen in einem angemessenen Zeitraum in einer stationären Einrichtung erlangen zu können.

Inwieweit die Beteiligung der klinische Leitung der Einrichtung am Gesundheitstraining erforderlich ist, ist fraglich. Die apparativen Untersuchungen bei den Anforderungen für Stationsärzte/innen werden sehr umfassend dargestellt. Deren Erfordernis im genannten Umfang wurde bereits unter Punkt 5.3 kritisch bewertet. Die Festlegung bei Diätassistentinnen, 80% ihrer Arbeitszeit im Patientenkontakt zu erbringen, ist schwer nachvollziehbar.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob eine Fachklinik unbedingt alle Berufsgruppen vorhalten muss wie z.B. einen Sportlehrer. Aus ökonomischen Erwägungen kann ein entsprechendes Angebot auch über personelle und zusätzliche Leistungen von außen sichergestellt werden.

### *Zur Besetzung von Arztstellen*

Ein großes Problem ist der Mangel an qualifizierten Ärzten auf dem Arbeitsmarkt. Zahlreiche Einrichtungen haben Schwierigkeiten, offene Stellen überhaupt oder adäquat zu besetzen; das Problem betrifft sowohl Assistenz- und Facharztstellen wie auch die Position der ärztlichen Leitung. Die Anforderungen im Hinblick auf die Einhaltung des Stellenschlüssels und den Bereitschaftsdienst können somit teilweise nicht eingehalten werden, ohne dass die Einrichtung dafür verantwortlich gemacht werden kann. Daher ist folgendes zu beachten:

- In der Anlage 2 Nr. 5 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 wird für die ärztliche Leitung einer Einrichtung nicht zwingend der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Psychotherapeutische Medizin gefordert. Es ist auch eine andere Facharztqualifikation (z.B. Psychiater, Internist, Allgemeinmediziner) mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ akzeptabel. Durch die Berücksichtigung dieser Alternativen kann das Spektrum qualifizierter und erfahrener Bewerber teilweise erheblich erweitert und die Suche nach einer „passenden“ ärztlichen Leitung erleichtert werden.
- Es ist in diesem Zusammenhang auch davon abzuraten, schlecht qualifiziertes ärztliches Personal nur für den Nacht- und Wochenenddienst einzustellen, weil in diesem Fall funktionierende Schnittstellen zu den übrigen therapeutischen Prozessen nur schwer zu realisieren sind (Betreuungskontinuität und Übergabe). Falls also trotz ausreichender Arztstellen kein angemessener ärztlicher Präsenzdienst vorgehalten werden kann, sollten die betroffenen Einrichtungen entsprechende Alternativkonzepte (bspw. mit Kooperationspartnern oder anderen Berufsgruppen) ausarbeiten und mit dem federführenden Leistungsträger abstimmen.

## **Dokumentationsbogen für Visitationen**

### *Qualitätsanforderungen schaffen Planungssicherheit, aber...*

Der Dokumentationsbogen für Visitationen ist in den stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker eher alarmiert, zumindest zwiespältig und selten befürwortend aufgenommen worden. Offensichtlich führt die bisherige Praxis der Deutsche Rentenversicherung Bund dazu, neue Anforderungen zunächst einmal sorgenvoll zu betrachten. So sehr der Visitationsbogen zunächst auch die Verfahren weiter zu komplizieren scheint, so ist er andererseits auch ein Instrument, das Qualitätsanforderungen definiert und damit Planungssicherheit schafft. Dass diese in einigen Bereichen weit über das in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker Mögliche hinausgeht, soll nachfolgend dargestellt werden.

### *Der Dokumentationsbogen für Visitationen gilt – oder auch nicht...*

Der Dokumentationsbogen wurde von der Deutsche Rentenversicherung Bund entwickelt und wird von den Regionalträgern direkt, adaptiert oder auch gar nicht angewandt. Im Sinne der Einheitlichkeit der Leistungserbringung ist von der Deutschen Rentenversicherung sicher zu stellen, dass seine Anwendung bundesweit abgestimmt wird. Dieses einheitliche Verfahren muss folgende Merkmale enthalten:

1. Unangemeldete Besuche in Therapieeinrichtungen sind Ausdruck des Misstrauens und angesichts einer transparenten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Häuser nur bei massiven Qualitätsmängeln angebracht.
2. Die im Visitationsbogen niedergelegten komplexen Anforderungen können nur von gut ausgebildeten Visitatoren/-innen mit kommunikativer Kompetenz erfüllt werden. Das ist durch entsprechende Schulungen sicher zu stellen.
3. Im Sinne der Einheitlichkeit, auf Grund des Federführungsprinzips und der tatsächlichen Belegung sind gemeinsame Visitations-Teams DRV-Bund – Regionalträger notwendige Voraussetzung eines erfolgreichen Visitationsverfahrens.
4. Visitationen erfordern partnerschaftlichen Umgang, da die Anforderungen des Dokumentationsbogens nur im Dialog zu nutzbaren Ergebnissen führen, und müssen beratenden Charakter haben, um den Prozess der Qualitätsentwicklung zu unterstützen.

### *Im Einzelnen ist festzustellen...*

Der Visitationsbogen transportiert das Bild des Einrichtungstyps einer Großklinik, der auf viele Einrichtungen im Verbundsystem der Suchthilfe nicht zutrifft. Hier finden sich eher kleine Therapieeinheiten, mit einem auf die/den Patienten/-in bezogenen Ansatz, der in der Regel ergänzt wird durch einen netzwerkbezogenen Ansatz in den jeweiligen regionalen Suchthilfeverbänden. Bis heute wurde jedoch von der Deutschen Rentenversicherung nicht deutlich gemacht, worin die Vorteile großer Häuser liegen und inwiefern Normierungen der Strukturqualität und des Behandlungsablaufs die Therapiechancen erhöhen können.

Es entsteht der Eindruck, dass sich das Rehabilitationssystem zukünftig an den Erfordernissen verwaltungstechnischen Handelns ausrichtet und der Entwicklungs- und Rehabilitationsprozess der Patienten/-innen in Verbindung mit regional netzwerkbezogenem Qualitätsmanagement demgegenüber eine untergeordnete Rolle spielt. Ein Großteil der Patienten/-innen in den Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige und viele im Bereich „legaler“ Süchte ist unter defizitären Sozialisationsbedingungen aufgewachsen und im Umgang mit soziokulturellen Herausforderungen gescheitert. Für die Wiedereingliederung ist nicht nur medizinische sondern vor allem soziale und berufliche Rehabilitation zwingend erforderlich. Im Dokumentationsbogen für Visitationen wird dies jedoch als kontraindiziert dargestellt, wenn Lernfelder wie Hausreinigung oder Küche von „Servicekräften“ übernommen werden sollen.

Hier konterkarieren die Vorgaben des Dokumentationsbogens in erschreckender Weise die multidimensionalen Ansätze der erfolgreichen Rehabilitation Suchtkranker.

Viele Patienten/-innen haben nicht gelernt, ihr Lebensumfeld bewusst wahrzunehmen, geschweige denn gesundheitsfördernd zu gestalten. Sie haben teilweise über viele Jahre auf der Straße gelebt oder in Haft zugebracht. Nach den dem Dokumentationsbogen zugrunde liegenden Vorstellungen lernen die Patienten/-innen, dass die Bedürfnisse ihres Alltags sich selbstständig durch Dritte erfüllen und sie selbst keinen Beitrag dazu leisten müssen. Auch die Standardisierung der Zimmerausstattungen engt Gestaltungsspielräume ein und erfüllt nicht den Zweck, perspektivisch ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Möglichkeiten der Aktivierung und der Verbesserung von Teilhabemöglichkeiten werden hier ohne erkennbare Notwendigkeit und um den Preis einer Verteuerung der Behandlung verstellt.

Dies sind nur einige Beispiele, die die Absenkung eines bewährten Behandlungsstandards durch übermäßige Strukturanforderungen hin zu einem fremdbestimmten Verwehrstandard zu vollziehen scheinen. Dabei geht es nicht nur um die Frage, ob die neuen Visitationsstandards umgesetzt werden können – dies ist bei den meisten Anforderungen sicherlich der Fall – entscheidender ist die Frage der Sinnhaftigkeit und ob die Behandlungsangebote an die Patienten/-innen dadurch verbessert werden. Die formulierten Anforderungen kommen einem Paradigmenwechsel gleich und sind daher zu kritisieren.

Hier steht nicht eine Innovation im Interesse der Versicherten im Mittelpunkt, sondern der Versuch, eine Prüfschablone zu erstellen, die notwendigerweise Dynamisches festschreibt. Die Visitationsstandards dürfen sich nicht ausschließlich an klinischen Maßstäben mit baulichen, diagnostischen, apparativen und personellen Standards orientieren, da diese für die Rehabilitation mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht allein maßgeblich sind, sondern daran, wie Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und Teilhabe in einem therapeutischen Setting und in das regionale Netzwerk gefördert werden können. So ist z.B. nicht erkennbar, worin der Vorteil von Krankenschwestern liegen soll, die in einem Klinikum sicherlich unverzichtbar sind, in einer Suchthilfeeinrichtung jedoch ihre spezifischen Kenntnisse nicht einsetzen können, weil sie so gut wie gar nicht benötigt werden. Das Meistern von Lebenskrisen lässt sich nicht durch Blutdruckmessen beheben, sondern durch therapeutische Intervention und das Erkennen des Machbaren. Dagegen stellen z.B. Ex-User/-innen in der Drogentherapie eine therapeutische Alternative mit hohem Wirkfaktor dar und können zur Genesung in erheblichem Maße beitragen. Da diese Mitarbeiter/-innen zukünftig nicht mehr anerkannt werden, weil sie nicht die formalen Voraussetzungen erfüllen, wird ein weiteres positives Element der bisherigen Behandlung dem „Normierungswahn“ geopfert.

Eine Vielzahl der Kriterien des Visitationsbogens der DRV ist offensichtlich nur von großen Kliniken zu erfüllen. Das genaue Studium der einzelnen Items der Bewertung macht deutlich, dass der Maßstab aus dieser Perspektive angelegt wird. Die Vorzüge des Settings kleinerer Einrichtungen mit bis zu 50 Plätzen bzw. therapeutischer Gemeinschaften für Drogenabhängige mit ihrem partizipativen Behandlungsansatz, ihren Möglichkeiten des individuellen Eingehens auf jeden einzelnen Patienten, mit ihren Mitwirkungs- und Gestaltungsräumen gehen dabei verloren, weil sie in den Ruf geraten sind, nicht mehr zeitgemäß zu sein.

Nicht zuletzt haben die dem Dokumentationsbogen zugrunde gelegten Standards erhebliche finanzielle Auswirkungen auf die Einrichtungen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass im Kostensatz zusätzliche investive Mittel zukünftig berücksichtigt werden. Da die Leistungsentgelte schon seit vielen Jahren gedeckelt sind, können Investitionen nur über Kredite aufgebracht werden, die das Bestandsrisiko in erheblichem Maße erhöhen. Selbst kleine Belegungseinbrüche können so zu erheblichen und nicht tragbaren Belastungen führen.



## *Anmerkungen zum Visitationsbogen der Deutschen Rentenversicherung im Detail*

### **1.1.1 (3) Wann findet das Erstgespräch mit der/dem Bezugstherapeuten/-in statt?**

Es ist wichtig, dass die/der Patient/-in am Ankunftstag eine/-n Mitarbeiter/-in als Ansprechpartner/-in vorfindet. Es ist jedoch nicht immer sinnvoll, am Ankunftstag den Bezugstherapeuten festzulegen. Es muss auch von beiden Seiten die Möglichkeit geben, die „Passung“ zu überprüfen. Außerdem sollten die Patienten/-innen ein Wahlrecht der/des Bezugstherapeuten/-in haben.

### **1.1.1 (4) Biografische Anamnese**

Hier kann es sich nur um eine sehr formale biografische Anamnese handeln. Eine tiefergehende biografische Anamnese kann den Patienten durchaus so labilisieren, dass ein Abbruch erfolgt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn schwere psychische Traumatisierungen lange Zeit verdrängt worden sind. Hier ist die Qualitätsforderung „spätestens am dritten Tag“ in vielen Fällen lediglich formal im Sinne einer Erhebung von Basisdaten zu erfüllen.

### **1.2.1 Aufnahmediagnostik**

Der Abschluss der Aufnahmediagnostik in allen relevanten Bereichen bis zum dritten Tag nach der Ankunft ist unrealistisch und nicht zwingend erforderlich. Ein angemessener Zeitraum ist die erste Behandlungswoche.

### **1.2.2 Basisdiagnostik**

Der unbestimmte Begriff „adäquat“ ist in diesem Zusammenhang nicht hilfreich. Fast alle Apparate sind in kleinen Einrichtungen nicht notwendig. Apparative Diagnostik wird hier konsularisch mit externen Ärzten vollzogen.

### **1.2.5 Psychodiagnostik allgemein**

Dieses Item dokumentiert Unkenntnisse in den Verfahren. Eine differenzierte psychodynamische Diagnostik oder verhaltensanalytische Diagnostik ist ein Prozess, der im Verlaufe der Behandlung erfolgt und ständig vertieft wird.

Innerhalb von drei Tagen kann keine psychodynamische Diagnostik erhoben werden. Sinnvoll kann dieses nur in den ersten Wochen geschehen.

Die Forderung in Bezug auf die testgestützte Psychodiagnostik ist erfüllbar, setzt aber voraus, dass zusätzliche Arbeitszeit für eine/n Psychologe/-in bereit gestellt wird, die/der Testungen z. T. durchführt und zumindest auswertet. Offen bleibt, ob die Ergebnisse therapie-relevant sind. Andernfalls würden Ressourcen für nicht therapie-relevante Standarddiagnostik verschwendet.

Anregung: Durch fallbezogene Besprechungen für auffällige Klienten Testungen vorsehen.

### **1.2.7 Spezielle Diagnostik**

Ebenso Ausdruck von Unkenntnis. Alle psychotropen Substanzen können gar nicht berücksichtigt und getestet werden.

### **1.3 Sozialmedizinische Beurteilung**

Entspricht nicht der Realität. Die in der Mehrzahl tätigen nichtmedizinischen therapeutischen Mitarbeiter/-innen werden nur bei Problemfällen (1.3.2) berücksichtigt.

Gerade im Bereich der sozialmedizinischen Beurteilung ist es wichtig, die interdisziplinäre Kompetenz einzubringen.

### **1.4 Nachsorge, Weiterbehandlung und Selbsthilfe**

Nachsorge, Weiterbehandlung und Selbsthilfe umfassen weit mehr Leistungen, als in diesen Items abgebildet. Die hohe Kompetenz vieler Einrichtungen in diesem Bereich ist mit den beschriebenen Items nicht abbildbar. Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement im Rahmen kommunaler Suchtkrankenhilfe wird nicht thematisiert. Selbst die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund an berufsbezogene Rehabilitation sind nicht berücksichtigt.

### **1.5.2 Organisation**

Unrealistischer Bewertungsmaßstab; die Angebote können in kleinen Einrichtung so gar nicht durchgeführt werden.

### **1.5.3 Qualitätssicherung**

Kann aufgrund zu geringer Fallzahlen in kleinen Einrichtungen kaum oder gar nicht umgesetzt werden.

### **1.6.1 Arzt-Patienten-Kontakt – Organisation**

Hier wird von einem abstrakten Klinikbetrieb ausgegangen. Die Vorteile intensiver persönlicher Kontakte zum behandelnden Arzt in einer kleinen Einrichtung werden dagegen mit diesem Beurteilungsraster nicht erfasst. Die Vorgabe von wöchentlichen Visitenzeiten tragen in keiner Weise zur Qualitätsverbesserung bei.

### **2.1.2 (1-3) Erreichbarkeit des Personals**

Mit diesen Items wird versucht, die Anonymität großer Einheiten zum Maßstab zu machen. Gerade kleine Einrichtungen können sehr individuell auf die Bedürfnisse der Patienten/-innen eingehen.

### **2.2.2 (1) Rehabilitationsteam / Bereichsteams**

Die therapeutischen Berufsgruppen sind nicht definiert. Auch dieses Item ist im Wesentlichen von großklinischen Systemen abgeleitet. Es ist in kleinen Teams nicht relevant bzw. kann kaum verwirklicht werden.

### **2.4.2 (2) Aufnahmeplanung / Aufnahme der Patienten**

Hier wird nicht nachvollziehbare Regelungs-“Wut“ deutlich. Ärztliche Beteiligung ist nicht das entscheidende Kriterium bei der Aufnahmeplanung.

### **2.5.1 (1) Therapieplanung / persönliches Therapieheft des Patienten**

Die Forderung nach einem Therapieheft ist Folge zu großer therapeutischer Einheiten, in denen Patienten/-innen im System verloren gehen können und deshalb Therapien dokumentieren müssen. In kleineren Einrichtungen ist/wird Dokumentation mit individuellen Angaben aus der EDV ersichtlich

### **2.5.2 Organisation und Planung der Therapie**

Das ist in kleinen Einrichtungen selbstverständlich. Sie sind wesentlich flexibler als große Einrichtungen.

### **2.7.1 Ernährung / Rahmenbedingungen**

Der Hinweis, Patienten nicht im Servicebereich des Speisesaals einzusetzen, ist eine überzogene Forderung ohne Sachkenntnis. Hier wird nicht berücksichtigt, dass es nicht um Servicekräfte geht, sondern um Menschen, die in ein Gesamtkonzept eingebunden sind.

### **2.8.2 (1-6) Medizinisches Notfallmanagement**

Dieses Item zeigt, dass der Dokumentationsbogen sich völlig von der Realität entfernt hat. Ein Notfallmanagement, das wie hier beschrieben verlangt wird, ist nicht einmal in Akutkrankenhäusern zu realisieren (siehe separate Stellungnahme). Die Notfallausstattung ist in dieser Form nicht notwendig und nicht finanzierbar. Im Notfall können Notärzte in kurzer Zeit in fast allen Einrichtungen vor Ort sein. Ein Notfalllabor ist überflüssig. Intubieren können in der Regel nur Ärzte, die so etwas regelmäßig üben, was bei Fachärzten für Psychotherapie oder Sozialmedizinern in der medizinischen Rehabilitation nicht der Fall ist.

### **3.4.3 (4) Beschwerdemanagement – Lesen des E-Berichtes durch Patienten**

Hier ist eine Klarstellung von Seiten der Rentenversicherung erforderlich, ob jetzt Patientenberichte an diese herausgegeben werden dürfen oder sollen.

#### **4.2.2 Barrierefreiheit**

Eine generelle Barrierefreiheit in allen einzelnen Einrichtungen ist schwer umzusetzen. In einem Einrichtungsverbund können einzelne Einrichtungen barrierefrei gestaltet werden.

#### **4.6.1 (5) Patientenzimmer**

Höhenverstellbare Betten sind in medizinischen Reha-Einrichtungen für Abhängigkeitskranke nicht notwendig.

#### **4.7 Diagnostische Grundausrüstung**

Eine derartige diagnostische Grundausrüstung ist nicht erforderlich. In Kooperation mit externen Ärzten können diese Anforderungen erfüllt werden. Mit den Ärzten in der Region bestehen Vereinbarungen, dass alle ärztlichen Anforderungen gewährleistet sind.

#### **4.8 Medizinisch-technische Ausstattung**

Das sind unspezifische medizinische Anforderungen, die in der medizinischen Rehabilitation im Wesentlichen nicht notwendig sind oder durch regionale Kooperationen hergestellt werden können.

#### **4.11.4 Leitende/r Arzt /Ärztin mit Zusatzqualifikation Sozialmedizin oder Rehaswesen**

Wie wird die jahrelange Erfahrung der Ärzte in den Einrichtungen berücksichtigt? Die genannten Basiskriterien überfordern die Mehrzahl der kleineren Einrichtungen und können sich zum Ausschlusskriterium entwickeln.

#### **4.11.8 Krankenschwester/-pfleger mit dreijähriger Ausbildung**

Nicht notwendig und wirtschaftlich nicht möglich. Bei konsequenter Umsetzung werden mindestens drei Krankenschwestern pro Einrichtung notwendig. Die bisherigen medizinischen Notfallsysteme haben funktioniert.

#### **4.11.11 Diplom-Sportlehrer/in, Gymnastiklehrer/in**

In kleinen Einrichtungen nicht finanzierbar.

#### **4.11.16 Med. Ernährungsberater/in; Diätassistent/in; Dipl.-Ökotrophologe/in**

In kleinen Einrichtungen nicht finanzierbar.

### *Und was ist mit Adaptionseinrichtungen? ...*

Ausgehend von dem Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung für die Adaptionphase von 1994 ist die Frage zu stellen, welche Anforderungen aktuell an Adaptionseinrichtungen gestellt werden (Personal, Ausstattung, Notfallmanagement), und ob diese ebenfalls im Rahmen von Visitationen überprüft werden sollen. Bekannt sind derzeit folgende Anforderungen:

#### **a) Strukturelle Anforderungen**

Die Einrichtung muss so gelegen sein, dass die Aufgabenerfüllung ohne besondere Erschwernisse möglich ist. d.h. dass beispielsweise für die Besuche bei der Agentur für Arbeit und zur Absolvierung von Betriebspraktika nicht zu weite und zeitraubende Fahrten in Kauf genommen werden müssen. Sie sollte den individuellen Bedürfnissen der Versicherten entsprechen. Wenn die Einrichtung nicht über Kooperationen mit Betrieben für alle Versicherten Arbeitspraktika gewährleisten kann und dementsprechend einen Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten/Ergotherapeuten beschäftigt, muss sie über einen Arbeitstherapiebereich verfügen.

Weitere Strukturanforderungen sind:

- Neu zu errichtende Einrichtungen sollten über einen barrierefreien Bereich verfügen. Allerdings sollte Barrierefreiheit keine zwingende Voraussetzung für den Betrieb einer Adaptionseinrichtung sein, da der Anteil der entsprechenden Patienten extrem gering ist.
- Die Unterstützung sinnvoller Sport- und Freizeitmöglichkeiten ist sicherzustellen. Wichtig ist hier nicht allein das Angebot in der Einrichtung sondern vor allem auch das in der Gemeinde bzw. Region.
- Die Patientenzimmer sollten weitestgehend den Standards des sozialen Wohnungsbaus entsprechen. Dabei müssen individualisierte Wohnformen möglich sein, einrichtungsspezifische Besonderheiten als ein hoher Wert sollten Berücksichtigung finden und das Wunsch- und Wahlrecht des Patienten sollte in den Vordergrund gestellt werden.
- Dienstzimmer (z.B. für Ärzte und Therapeuten), Behandlungszimmer und angemessene Therapieräume sollten zur Verfügung stehen.
- Vorgehalten werden sollte auch ein Trocken- und Waschraum für die Versicherten sowie die Nutzung eines PC's mit Internetanschluss und individueller Mail-Adresse. Der weitere Ausstattungsstandard sollte eher an den zu erwartenden Lebensbedingungen des Patienten und nicht an den Vorgaben klinischer Behandlungsstandards der Rentenversicherer orientiert sein.

*Die zwingende Vereinheitlichung der unterschiedlichen regionalen Anforderungen an Einrichtungen ist für den externen Adaptionsbereich kontraproduktiv und gefährdet den Fortbestand der Häuser, die auf Grund ihrer Lage und/oder ihrer Ausstattung oder anderer besonderer Merkmale einem generalisierten Gestaltungskonzept nicht entsprechen. Bei kleinen Einrichtungen müssen die Vorgaben für Wirtschaftlichkeit und Effizienz im Hinblick auf die strukturellen Anforderungen berücksichtigt werden.*

## **b) Personelle Anforderungen**

Für die personelle Ausstattung einer Adaptionseinrichtung gelten folgende Eckwerte:

- Ein Arzt (FA für Psychiatrie/Neurologie) muss in der Einrichtung in die Entscheidungen eingebunden sein, ohne dass er der Leiter des Teams sein muss.
- Die Einrichtung muss über qualifizierte Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, einer davon mit einer vom VDR vergleichbaren anerkannten indikationsspezifischen Weiterbildung, verfügen, die die Betreuung sicherstellen.
- Die Einrichtung muss für diejenigen Versicherten, die nicht an einem externen Arbeitspraktikum teilnehmen, über einen Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bzw. Ergotherapeuten verfügen.
- Der Bereich der Verwaltung muss personell abgedeckt sein.

*Der Personalschlüssel des Rahmenkonzeptes ist nur teilweise akzeptabel – Abweichungen aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen in der Einrichtung müssen möglich sein. Ein interner ärztlicher/medizinischer Nachtdienst kann in der Regel nicht gewährleistet werden. Das individuell entwickelte Notfallmanagement, das an die spezifischen Rahmenbedingungen vor Ort angepasst ist, wird als ausreichend erachtet.*

## **Bereitschaftsdienst (ständige ärztliche Präsenz)**

### *Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund*

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Patienten ist es grundsätzlich erforderlich, einen 24-stündigen ärztlichen Präsenzdienst in Rehabilitationseinrichtungen vorzuhalten. Der Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist davon nicht ausgenommen. Allerdings ist es erforderlich, unter Berücksichtigung des neuen ArbZG (Arbeitszeitgesetz) als Ergebnis des entsprechenden EuGH-Urteils (Europäischer Gerichtshof) die gängigen Arbeitszeitmodelle mit flexiblen Dienstzeiten und die Dienstpläne für das ärztliche Personal zu überprüfen.

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit wäre vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen somit auf maximal 48 Stunden zu begrenzen. Innerhalb dieses Rahmens ist eine durchgängige ärztliche Präsenz erst mit 6-7 Arztstellen realisierbar. Ein alternatives (zulässiges) Lösungsmodell wäre der Abschluss einer Dienstvereinbarung innerhalb der Einrichtung oder des Trägers, der eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von bis zu 58 Stunden auf freiwilliger Basis zulässt. Nach diesem Modell wären 5-6 Arztstellen für eine durchgängige Präsenz erforderlich.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat sich bereit gezeigt, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben individuelle Lösungen und Konzepte mit den Rehabilitationseinrichtungen zu beraten und umzusetzen. Das kann im Einzelfall auch bedeuten, dass bei Ausschöpfung aller verfügbaren Möglichkeiten (stellen- und kostenmäßig) eine personelle Aufstockung im Assistenzbereich vorgenommen werden muss, um den ständigen ärztlichen Präsenzdienst gewährleisten zu können.

### *Anmerkungen zur Umsetzung*

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Leistungsträger die Einrichtungen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben unterstützen und den möglichen personellen Mehrbedarf bzw. die dadurch verursachten Mehrkosten über Anpassungen im Stellenplan sowie im Vergütungssatz abbilden wollen. Es ist darauf hinzuweisen, dass nur ‚große‘ Einrichtungen von dieser Regelung betroffen sind, d.h. erst mit mindestens 5 Arztstellen (entspricht 150 Betten bei einem Arzt pro Station mit ca. 30 Betten) lässt sich überhaupt ein ArbZG-konformes Dienstplanmodell für die ärztliche Präsenz realisieren. Daher sind vor allem Einrichtungen, die über diese Bettenzahl verfügen oder bislang schon einen durchgängigen ärztlichen Präsenzdienst vorgehalten hatten, dazu aufgefordert, ihren möglichen Mehrbedarf zu berechnen und mit dem federführenden Leistungsträger abzustimmen.

Folgende Aspekte sind bei der Entwicklung entsprechender Dienstplan- und Arbeitszeitmodelle zu berücksichtigen:

- Sicherstellung einer hinreichenden Kontinuität bei der Patientenbetreuung während der gesamten Behandlung
- Sicherstellung der Erreichbarkeit der Stationsärzte für die Patient/innen bei flexiblen Arbeitszeiten
- Gewährleistung ausreichender Übergabezeiten zwischen den Diensten
- Flexibilisierung der Dienstpläne und Arbeitszeiten in Abstimmung mit den Bedürfnissen der betroffenen Mitarbeiter/innen (u.a. Berücksichtigung finanzieller Aspekte)

## Notfallmanagement

### *Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund*

Einrichtungen, die bislang keinen 24-stündigen ärztlichen Präsenzdienst haben oder aufgrund ihrer Größe aufrechterhalten können, haben ein Notfallmanagement vorzuhalten. In diesen Einrichtungen werden Rehabilitanden behandelt, die aus Sicht des medizinischen Dienstes der DRV Bund über eine geringere gesundheitliche Gefährdung und somit über eine geringere somatische Notfallwahrscheinlichkeit verfügen. Von den verantwortlichen Ärzten dieser Einrichtungen sind im Konzept Indikationen und Kontraindikationen konkret zu beschreiben. Wenn im Rahmen der Aufnahme bzw. Aufnahmeplanung seitens der Einrichtung ein nicht vertretbares Notfallrisiko erkannt wird, sind die Einweisungsunterlagen an die DRV Bund zurückzugeben oder bei nahtlosen Verlegungen aus dem Akutkrankenhaus ist die Aufnahme abzulehnen.

Das Konzept für das Notfallmanagement muss folgende Aspekte umfassen:

1. Die 24-stündige Präsenz einer angemessenen Anzahl von Mitarbeiter/innen des medizinisch-therapeutischen bzw. des Pflegepersonals, wobei die Festlegung standortbezogen erfolgt, muss sichergestellt sein. Arbeitszeitmodelle und Dienstpläne müssen ebenfalls dem ArbZG entsprechen.
2. Übergabedienste zwischen den Schichten sind unabdingbar. Sie sind verbindlich zu regeln und entsprechend zu dokumentieren.
3. Die diensthabenden Mitarbeiter/innen müssen die Grundregeln der Reanimation beherrschen (nicht nur Erste-Hilfe-Ausbildung) und entsprechende Kurse nachweislich belegt haben sowie diese im angemessenen Zeitraum wiederholen.
4. Die ärztliche Notfallversorgung muss gewährleistet sein. Von der Rehabilitationseinrichtung ist zu benennen, in welchem Zeitraum ein Arzt der Einrichtung oder des Rettungsdienstes vor Ort eintreffen kann. Es müssen Notfallpläne schriftlich ausgearbeitet sein und dem federführenden Leistungsträger vorgelegt werden.
5. Notfallübungen sind zweimal jährlich von den an den Diensten beteiligten Mitarbeiter/innen nachweislich durchzuführen. Alle übrigen Mitarbeiter/innen und die Patient/innen sind in die Übungen einzubeziehen oder zumindest müssen mit diesen Notfallschulungen durchgeführt werden.
6. Als sächliche Minimalausstattung wird vorausgesetzt: Ein Notfallkoffer („Ulmer Koffer“) mit Absaugmöglichkeit, Sauerstoffflasche und Defibrillator. Die Notfallausrüstung ist monatlich auf seine Einsatzfähigkeit hin dokumentiert zu überprüfen.

Zusätzlich werden folgende strukturelle Anforderungen formuliert:

7. In allen Räumen, in denen sich Patient/innen alleine aufhalten können (Patientenzimmer, Nasszellen) sind Alarmierungsmöglichkeiten anzubringen, die auch im Falle eines Sturzes noch greifbar oder erreichbar sein müssen (bspw. Notfallkordeln). Die Sauna muss über einen innen angebrachten Notfallknopf verfügen. Bei Betätigung muss der Alarm an einer zentralen und ständig besetzten Stelle ausgelöst werden (bspw. Rezeption, Schwesternzimmer, Dienstzimmer, mobiles Telefon). Die dort tätigen Mitarbeiter/innen müssen in die sich aus dem Alarm ergebenden Folgemaßnahmen eingewiesen sein (Notfallplan).
8. In allen Patientenzimmern sind Fluchtpläne anzubringen. In den Zimmern und den übrigen Wohnbereichen ist darauf zu achten, dass die Fluchtwege frei bleiben und nicht durch Gegenstände/Mobiliar verstellt werden.

9. Die Türen der Patientenzimmer und Nasszellen sind mit einer zentralen Schließanlage (sog. Hotelschließzylinder) auszustatten. Diese gewährleisten, dass Mitarbeiter/innen im Notfall von außen in den von Raum gelangen können, auch wenn er von innen verschlossen wurde. Patient/innen können im Notfall den Raum verlassen, ohne die Tür aufschließen zu müssen.
10. In allen relevanten Bereichen sind Erste-Hilfe-Kästen anzubringen.
11. Bei Neubauten sind Automatiktüren vorzusehen (Brandschutz).

### *Anmerkungen zur Umsetzung*

Das Vorhalten eines geeigneten Notfallmanagement-Konzeptes ist für die Einrichtungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker eine Selbstverständlichkeit und i.d.R. als Teil des QM-Handbuches ausführlich beschrieben. Damit ist auch bisher eine ausreichende Versorgung der Patient/innen bei medizinischen Notfällen gewährleistet gewesen. Die Umfrage unter den Einrichtungen des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (siehe Anlage 1) beschreibt die aktuelle Situation und weist nach, dass die bestehenden Systeme in den Einrichtungen funktionsfähig und angemessen sind.

Allerdings gehen die formulierten Anforderungen der DRV Bund teilweise weit über das hinaus, was in Einrichtungen erforderlich ist, die Rehabilitanden mit geringem somatischen Risikopotential behandeln. Im Einzelnen sind folgende Aspekte zu kritisieren:

- Eine entsprechende Risikoabschätzung findet bei der Patientenaufnahme grundsätzlich bereits statt, denn die ärztliche Leitung der Einrichtung muss überprüfen, ob die Behandlung des Rehabilitanden unter medizinischen Aspekten verantwortbar ist. Eine entsprechende ärztliche Prüfung und Entscheidung ist in den Prozessbeschreibungen am Tag der Aufnahme vorzusehen (bspw. erfolgt immer wieder aufgrund von Suchtmittelkontrollen eine Verlegung in die Entgiftung). Allerdings muss das Erkennen von Risikopotentialen nicht zwingend zu einer Abweisung führen, da die grundsätzliche Reha-Fähigkeit bereits bei der Bewilligung des Reha-Antrages festgestellt wurde. Eine weitere Möglichkeit ist die Aufnahme sowie der Beginn der Behandlung im Zusammenhang mit der Einleitung von besonderen Präventions- und Überwachungsmaßnahmen.
- Zu Nr. 1-3: Eine Analyse der bestehenden Konzepte für den Nacht- und Wochenenddienst kann in allen Einrichtungen sinnvoll sein (u.a. im Hinblick auf das ArbZG). Übergaben zwischen den Diensten sind schon aus therapeutischer Sicht zur Sicherstellung der erfolgreichen Gesamtbehandlung unverzichtbar. Allerdings ist die Einschränkung des Personenkreises für die Dienste unter Bezug auf die Formalqualifikation (Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte) wenig sinnvoll. Viel entscheidender ist die Ausbildung und das Inübhthalten des diensthabenden Personals in Basismaßnahmen der Reanimation und im Notrufsystem. Folglich ist das diensthabende Personal einrichtungsspezifisch festzulegen und die Ausbildung nachzuweisen.
- Zu Nr. 4-5: Jede Einrichtung muss über einen Notfall- bzw. Alarmierungsplan verfügen. Dabei ist verbindlich festzulegen, welcher Alarmierungsweg nach Einleitung der Erstmaßnahmen von den diensthabenden Mitarbeiter/innen zu aktivieren ist. In Abhängigkeit von Lage und Infrastruktur der Einrichtung ist sowohl die Integration in die Notfallstruktur eines benachbarten Akutkrankenhauses wie die unmittelbare Alarmierung des Notarztes möglich. Die regelmäßige Übung dieser Notfallpläne ist selbstverständlich und schafft Handlungssicherheit im Ernstfall.
- Zu Nr. 6: Bei der Ausstattung des Notfallkoffers ist ein Standard vorzusehen, der den Möglichkeiten des sorgfältig ausgebildeten diensthabenden Personals entspricht (Beatmung, Defibrillation). Die regelmäßige Überprüfung sollte sich an den Angaben der Hersteller orientieren.



- Zu Nr. 7-11: Die Notwendigkeit der hier geforderten sehr aufwändigen und kostenintensiven Maßnahmen ist deutlich in Frage zu stellen. Die Umfrage des ‚buss‘ zeigt, dass die aufgetretenen Todesfälle durch Alarmierungsknöpfe nicht hätten verhindert werden können. Hingegen kommt die Alarmierung durch Mitpatienten im Zwei-Bettzimmer häufiger vor. Grundsätzlich sollten die baulichen Maßnahmen (Alarmierungssystem, Schließsystem, Automatiktüren, Erste-Hilfe-Kästen) in Abhängigkeit von den baulichen Voraussetzungen und auch erst bei sowieso anstehenden Renovierungs- oder Baumaßnahmen umgesetzt werden. Bei Neubauten können entsprechende technische Anlagen vorgesehen werden. Die Kennzeichnung und Offenhaltung von Fluchtwegen ist allerdings selbstverständlich.

Grundlage für das Notfallmanagement in Reha-Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen sollte die anliegende Expertise sein (siehe Anlage 2). Sämtliche Kosten, die durch personelle, organisatorische und bauliche Maßnahmen zur Umsetzung des Notfallmanagements anfallen, müssen außerdem durch die Leistungsträger erstattet werden (einmalige Aufschläge oder entsprechende Anhebung der Vergütungssätze) und können nicht zu Lasten der Einrichtungen und ihrer Träger gehen.

**Anlagen:**

1. Umfrage des ‚buss‘ zum Bereitschaftsdienst und Notfallmanagement  
(Stand: Juni 2006)
2. Stellungnahme Notfallmanagement in Medizinischen Einrichtungen  
(ohne Akutkrankenhäuser)

# Umfrage zum Bereitschaftsdienst und Notfallmanagement

Stand: Juni 2006

## Gliederung

### 1. Teilnehmende Einrichtungen

- Regionalgruppen
- Bettenzahl
- Suchtmittel

### 2. Ergebnisse Bereitschaftsdienst

- Ärztlicher Bereitschaftsdienst (im Haus) – *differenziert nach Einrichtungsgröße*
- Nichtärztlicher Dienst (im Haus) – *differenziert nach Einrichtungsgröße*
- Ärztlicher Notdienst – *differenziert nach Einrichtungsgröße*

### 3. Ergebnisse Vorkommnisse (2003 – 2005)

- Todesfälle
- Tod innerhalb 24 Stunden nach Verlegung
- Todesfälle - *Fallbeschreibungen*
- Schaden durch verzögerte ärztliche Hilfeleistung
- Schadensersatzansprüche

### 4. Zusammenfassung



## Teilnehmende Einrichtungen

- Die Struktur der teilnehmenden Einrichtungen im Hinblick auf regionale Verteilung, Größe und Indikation entspricht im Wesentlichen der Mitgliederstruktur des ‚buss‘.
- Die Ergebnisse der Befragung können unter diesen Voraussetzungen als repräsentativ betrachtet werden.

3



## Regionalgruppen

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Bayern	12	14,6
Baden-Württemberg	12	14,6
Hessen / Rheinland-Pfalz	13	15,9
Norddeutschland	17	20,7
Nordrhein-Westfalen	20	24,4
Ostdeutschland	8	9,8
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

4



## Bettenzahl

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
ohne Angabe	2	2,4
bis 25 Betten	12	14,6
26 bis 50 Betten	37	45,2
51 bis 99 Betten	22	26,8
100 und mehr Betten	9	11,0
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

5



## Suchtmittel

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Alkohol / Medikamente	41	50,0
Alkohol / Medikamente / Drogen	27	32,9
Drogen	14	17,1
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

6



## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (im Haus)

- Etwa jede 4. Einrichtung verfügt über einen ständig im Haus anwesenden ärztlichen Bereitschaftsdienst.
- Bei etwa der Hälfte der größeren Einrichtungen ist durchgängig ein Arzt anwesend.
- Die Möglichkeit, einen ärztlichen Bereitschaftsdienst zu stellen, ist abhängig von der Größe der Einrichtung und somit von Umfang bzw. Struktur der personellen Ausstattung.

7



## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (im Haus)

<b>Wochenende</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
ohne Angabe	1	1,2
Ja	20	24,4
Nein	61	74,4
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

<b>Nacht</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
ohne Angabe	1	1,2
Ja	19	23,2
Nein	62	75,6
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

8



## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (im Haus)

Wochenende	Häufigkeit	Prozent
Ja	3	25,0
Nein	9	75,0
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Nacht	Häufigkeit	Prozent
Ja	3	25,0
Nein	9	75,0
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

9

*bis 25 Betten*



## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (im Haus)

Wochenende	Häufigkeit	Prozent
Ja	7	18,9
Nein	30	81,1
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Nacht	Häufigkeit	Prozent
Ja	6	16,2
Nein	31	83,8
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

10

*26 bis 50 Betten*



## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (im Haus)

Wochenende	Häufigkeit	Prozent
Ja	7	31,8
Nein	15	68,2
<b>Gesamt</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Nacht	Häufigkeit	Prozent
Ja	7	31,8
Nein	15	68,2
<b>Gesamt</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

11

**51 bis 99 Betten**



## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (im Haus)

Wochenende	Häufigkeit	Prozent
Ja	4	44,4
Nein	5	55,6
<b>Gesamt</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Nacht	Häufigkeit	Prozent
Ja	4	44,4
Nein	5	55,6
<b>Gesamt</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

12

**100 und mehr Betten**





## Nichtärztlicher Dienst (im Haus)

- In Ergänzung zum oder als Ersatz für einen ärztlichen Bereitschaftsdienst verfügen (fast) alle Einrichtungen über einen ständig anwesenden diensthabenden Mitarbeiter.
- Diese Aufgabe wird überwiegend von entsprechend ausgebildeten Pflegekräften, Hilfskräften oder den therapeutischen Mitarbeitern wahrgenommen.
- Es existiert ein Vielzahl von einrichtungsspezifischen Modellen zur Sicherstellung dieses Präsenz-Dienstes.

13



## Nichtärztlicher Dienst (im Haus)

	Wochenende		Nacht	
	Zahl	%	Zahl	%
ohne Angabe	2	2,4	2	2,4
Therapeuten	13	15,8	3	3,6
Therapeuten und Hilfskräfte	7	8,6	2	2,4
Krankenpflege	17	20,7	40	48,8
Krankenpflege + Hilfskräfte	7	8,6	10	12,2
Therapeuten + Krankenpflege	26	31,7	6	7,4
Hilfskräfte	9	11,0	18	22,0
Wachdienst	1	1,2	1	1,2
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

14



## Nichtärztlicher Dienst (im Haus)

	Wochenende		Nacht	
	Zahl	%	Zahl	%
Therapeuten	4	33,3	1	8,3
Therapeuten und Hilfskräfte	3	25,0		
Krankenpflege	3	25,0	3	25,0
Krankenpflege + Hilfskräfte				
Therapeuten + Krankenpflege				
Hilfskräfte	2	16,7	8	66,7
Wachdienst				
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

15

*bis 25 Betten*



## Nichtärztlicher Dienst (im Haus)

	Wochenende		Nacht	
	Zahl	%	Zahl	%
Therapeuten	7	18,9	1	2,7
Therapeuten und Hilfskräfte	3	8,1	2	5,4
Krankenpflege	5	13,5	14	37,9
Krankenpflege + Hilfskräfte	3	8,1	5	13,5
Therapeuten + Krankenpflege	13	35,2	5	13,5
Hilfskräfte	6	16,2	10	27,0
Wachdienst				
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

16

*26 bis 50 Betten*



## Nichtärztlicher Dienst (im Haus)

	Wochenende		Nacht	
	Zahl	%	Zahl	%
Therapeuten	2	9,0	1	4,5
Therapeuten und Hilfskräfte				
Krankenpflege	6	27,4	16	72,9
Krankenpflege + Hilfskräfte	2	9,0	3	13,6
Therapeuten + Krankenpflege	10	45,6	1	4,5
Hilfskräfte	1	4,5		
Wachdienst	1	4,5	1	4,5
<b>Gesamt</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

17

*51 bis 99 Betten*



## Nichtärztlicher Dienst (im Haus)

	Wochenende		Nacht	
	Zahl	%	Zahl	%
Therapeuten				
Therapeuten und Hilfskräfte	1	11,2		
Krankenpflege	3	33,3	7	77,8
Krankenpflege + Hilfskräfte	2	22,2	2	22,2
Therapeuten + Krankenpflege	3	33,3		
Hilfskräfte				
Wachdienst				
<b>Gesamt</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

18

*100 und mehr Betten*



## Ärztlicher Notdienst

- Der ärztliche Notdienst wird in den Einrichtungen ergänzend zur ärztlichen bzw. nichtärztlichen Bereitschaft geregelt.
- Die Einrichtungen, die keinen eigenen ärztlichen Bereitschaftsdienst haben, verfügen über entsprechende Kooperationsvereinbarungen mit benachbarten Krankenhäusern (externer Notdienst) oder greifen auf das regionale Notarzt-System zurück.

19



## Ärztlicher Notdienst

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Angestellt Wochenende / Nacht	14	17,1
Extern Wochenende / Nacht	43	52,4
Mischformen und Notarzt	3	3,6
Notarzt	22	26,9
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

20



## Ärztlicher Notdienst

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Angestellt Wochenende / Nacht	3	25,0
Extern Wochenende / Nacht	6	50,0
Mischformen und Notarzt		
Notarzt	3	25,0
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

21

*bis 25 Betten*



## Ärztlicher Notdienst

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Angestellt Wochenende / Nacht	4	10,8
Extern Wochenende / Nacht	23	62,2
Mischformen und Notarzt	2	5,4
Notarzt	8	21,6
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

22

*26 bis 50 Betten*



## Ärztlicher Notdienst

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Angestellt Wochenende / Nacht	4	18,1
Extern Wochenende / Nacht	10	45,5
Mischformen und Notarzt	1	4,5
Notarzt	7	31,9
<b>Gesamt</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

23

**51 bis 99 Betten**



## Ärztlicher Notdienst

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Angestellt Wochenende / Nacht	3	33,3
Extern Wochenende / Nacht	3	33,3
Mischformen und Notarzt		
Notarzt	3	33,3
<b>Gesamt</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

24

**100 und mehr Betten**

## Todesfälle (2003 – 2005)

- In dem abgefragten Zeitraum gab es bei den 82 teilnehmenden Einrichtungen 10 Todesfälle außerhalb der regulären Arbeitszeit bei ca. 45.000 Behandlungsfällen.
- Von den 10 Todesfällen hatten 3 psychiatrische und 7 somatische Ursachen.
- In 2 Fällen trat der Tod innerhalb von 24 Stunden nach Verlegung in ein Krankenhaus ein.

25

## Todesfälle (2003 – 2005)

<b>Außerhalb der regulären Arbeitszeit</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	74	90,3
1 somatischer	5	6,1
1 psychiatrischer	1	1,2
1 psychiatrischer / 1 somatischer	1	1,2
2 psychiatrische	1	1,2
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

26

## Tod innerhalb 24 Stunden nach Verlegung

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
ohne Angabe	0	0,0
Ja	2	2,4
Nein	80	97,6
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

27

## Fallbeschreibungen

- Die beschriebenen Fälle traten in der Nacht oder am Wochenende auf.
- Es lagen jeweils keine besonderen Risikofaktoren vor, oder nur solche, die für die Patientengruppe typisch sind (bspw. Nikotinabhängigkeit).
- Bei besondere somatischen (siehe Fall 8) oder psychischen Risikofaktoren (siehe Fall 7) erfolgte eine angemessen Überwachung.
- Die jeweils diensthabenden Mitarbeiter leiteten die notwendigen Sofortmaßnahmen (Reanimation, Verständigung diensthabender Arzt oder Notarzt) unmittelbar nach Auffinden des Patienten ein.
- Dort, wo ein nichtärztlicher Dienst anwesend war, hätte durch die Präsenz eines Arztes keine erfolgreichere Intervention erfolgen können.

28





## Todesfall 1 (somatisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	> 100 Betten / Alkohol
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	m / ca. 35
<i>Risikofaktoren:</i>	Kardiologisch, Nikotinabhängigkeit
<i>Todeszeitpunkt:</i>	gegen Mitternacht (nach Verlegung in KH)
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	ca. 90 Minuten
<i>Gefunden von:</i>	Mitpatient (Arzt verständigt)
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Arzt
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Reanimation, Notarzt

29



## Todesfall 2 (somatisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	> 100 Betten / Alkohol
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	m / ca. 55
<i>Risikofaktoren:</i>	Kein internistisches Risiko festgestellt, Nikotinabhängigkeit
<i>Todeszeitpunkt:</i>	nachts ca. 00:50
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	etwa 1 Stunde
<i>Gefunden von:</i>	dienstl. Krankenpflegekraft
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Krankenpflege
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Reanimation, dienstl. Arzt, Notarzt

30



## Todesfall 3 (psychiatrisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	> 100 Betten / Drogen
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	m / Anfang 30
<i>Risikofaktoren:</i>	keine bekannt
<i>Todeszeitpunkt:</i>	ca. 08:00
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	1-2 Stunden (bei morgendlicher Kontrolle)
<i>Gefunden von:</i>	dienstl. Arzt
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Arzt
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Reanimation, Notarzt
<i>Bemerkungen:</i>	unklar ob Rückfall oder suizidale Überdosis

31



## Todesfall 4 (psychiatrisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	> 100 Betten / Alkohol
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	m / ca. 40
<i>Risikofaktoren:</i>	keine bekannt
<i>Todeszeitpunkt:</i>	später Abend (nach Verlegung in KH)
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	sofort
<i>Gefunden von:</i>	dienstl. Arzt
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Arzt
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Reanimation (Arzt/Krankenpflege), Notarzt
<i>Bemerkungen:</i>	Suizidversuch

32



## Todesfall 5 (somatisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	51 - 99 Betten / Alkohol
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	m / Mitte 50
<i>Risikofaktoren:</i>	Bluthochdruck, Nikotinabhängigkeit
<i>Todeszeitpunkt:</i>	morgens
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	ca. 2 Stunden
<i>Gefunden von:</i>	Mitpatient (Krankenpflege verständigt)
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Krankenpflege
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Reanimation, diensth. Arzt, Notarzt
<i>Bemerkungen:</i>	plötzlicher Herztod

33



## Todesfall 6 (somatisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	51 - 99 Betten / Alkohol
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	m / Ende 50
<i>Risikofaktoren:</i>	Kardiologisch, Bluthochdruck, Nikotinabhängigkeit
<i>Todeszeitpunkt:</i>	Samstag Nachmittag (nach Verlegung in KH)
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	sofort
<i>Gefunden von:</i>	diensth. Krankenpflegekraft
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Krankenpflege, Arzt Hintergrund
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Reanimation, Notarzt
<i>Bemerkungen:</i>	auf Parkplatz kollabiert

34

## Todesfall 7 (psychiatrisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	51 - 99 Betten / Alkohol
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	w / ca. 50
<i>Risikofaktoren:</i>	manisch depressiv (nicht akut, kein Rückfall bekannt)
<i>Todeszeitpunkt:</i>	Samstag Nacht
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	sofort
<i>Gefunden von:</i>	dienstl. Psychologin
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Psychologin
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Notarzt
<i>Bemerkungen:</i>	dokumentierte enge Überwachung wg. schlechtem Zustand der Patientin, Suizid durch Sprung aus Fenster, Tod durch innere Blutungen

35

## Todesfall 8 (somatisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	51 - 99 Betten / Alkohol
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	m / Mitte 40
<i>Risikofaktoren:</i>	Kardiologisch, Nikotinabhängigkeit, Speiseröhrentzündung (Untersuchung wenige Tage vorher)
<i>Todeszeitpunkt:</i>	Sonntag Abend
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	ca. 2 Stunden (bei Kontrollgang)
<i>Gefunden von:</i>	dienstl. Krankenpflegekraft
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Krankenpflege
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Notarzt
<i>Bemerkungen:</i>	Patient nach Ausgang nicht zurückgemeldet

36



## Todesfall 9 (somatisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	26 - 50 Betten / Alkohol
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	m / ca. 40
<i>Risikofaktoren:</i>	Nikotinabhängigkeit
<i>Todeszeitpunkt:</i>	Sonntag im Laufe des Tages
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	ca. 3 Stunden
<i>Gefunden von:</i>	Therapeutischer Mitarbeiter
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Hausarzt Notdienst
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Reanimation, Notdienst
<i>Bemerkungen:</i>	Herzstillstand

37



## Todesfall 10 (psychiatrisch)

<i>Einrichtung - Größe / Indikation:</i>	< 25 Betten / Drogen
<i>Patient - Geschlecht / Alter:</i>	w / ca. 25
<i>Risikofaktoren:</i>	keine bekannt
<i>Todeszeitpunkt:</i>	ca. 00:30
<i>Dauer bis Auffinden:</i>	ca. 2 Stunden
<i>Gefunden von:</i>	Mitpatientin (Therapeutin verständigt)
<i>Bereitschaftsdienst:</i>	Hilfskraft, Therapeutin Hintergrund
<i>Sofortmaßnahmen:</i>	Reanimation, Notarzt
<i>Bemerkungen:</i>	vermutlich Überdosis

38

## Schadensfälle

- Schäden durch verzögerte ärztliche Hilfeleistung traten in dem abgefragten Zeitraum nicht auf.
- Schadensersatzansprüche von Patienten wurden in nur einem Fall beschrieben.

39

## Schadensfälle

- Es existieren zwei unklare Fälle (keine Todesfälle) im Hinblick auf die Frage, ob der Schaden auf Ursachen in der Einrichtung zurückzuführen ist.
- In beiden Fällen haben Patienten weit nach Ende der Behandlung (disziplinarische Entlassung) der Klinik schriftlich einen Schaden mitgeteilt – die Vorwürfe konnten anhand der Verlaufsdokumentation entkräftet werden.

40



## Schaden durch verzögerte ärztliche Hilfeleistung

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
ohne Angabe	2	2,4
Ja	0	0
Nein	80	97,6
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

41



## Schadenersatzansprüche

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
ohne Angabe	2	2,4
Ja	1	1,2
Nein	79	96,4
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

42



## Zusammenfassung (1)

- In den Einrichtungen des ‚buss‘ werden Patienten mit geringem Risikopotential im Hinblick auf medizinische Notfälle behandelt (grundsätzliche Rehabilitations-Fähigkeit)!
- Besondere somatische und psychiatrische Risikofaktoren werden im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung erhoben und bei Bedarf entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

43



## Zusammenfassung (2)

- Die Einrichtungen verfügen vor dem Hintergrund ihrer personellen Ausstattung über geeignete (spezifische und flexible) Systeme des ärztlichen oder nichtärztlichen Bereitschaftsdienstes (Präsenz) sowie die entsprechende notärztliche Versorgung.
- Notfälle (bis hin zu Todesfällen) treten in sehr begrenztem Umfang auf (Vergleich zur Gesamtbevölkerung?!) und werden professionell behandelt (Erste Hilfe und Verständigung Notarzt).

44



# **Stellungnahme Notfallmanagement in Medizinischen Einrichtungen**

## **(ohne Akutkrankenhäuser)**

### **Einleitung:**

Notfallsituationen in medizinischen Einrichtungen sind ein seltenes Ereignis. Dennoch erwarten die Patienten auch in solchen Fällen eine adäquate Versorgung. Die nachfolgenden Ausführungen sollen aufzeigen, wie eine medizinisch sinnvolle Notfallorganisation unter wirtschaftlichen Aspekten strukturiert sein kann. Hierbei handelt es sich nicht um eine Detailplanung sondern lediglich um ein Grundgerüst.

### **Einfluss auf die Notfallversorgung**

#### 1. Personal

Das außerhalb von Krankenhäusern tätige Fachpersonal kommt in der Regel nicht mit Notfallpatienten in Kontakt. So rechnet man in einer Arztpraxis im Schnitt alle 5 Jahre mit einer solchen Notfallsituation. Auch in medizinischen Einrichtungen sind solch dramatischen Situationen selten.

Somit fehlt den Beschäftigten Erfahrung und Übung im Umgang mit diesen Akutsituationen. Dies gilt sowohl für ärztliches als auch nichtärztliches Personal.

Die neuen Empfehlungen des European Resuscitation Councils (ERC) unterscheiden in „Lebensrettende Basismaßnahmen“ und „Erweiterte Reanimationsmaßnahmen“. Dabei werden eindeutige Hinweise auf die Qualifikation des Personals gegeben. So sollte die endotracheale Intubation nur durch „erfahrenes Personal mit sehr guter Ausbildung und Erfahrung“ durchgeführt werden. Es wird auch diskutiert die Intubation bis zum Nachweis eines Spontankreislaufes aufzuschieben. (Nolan: S. 55 Notfall- und Rettungsmedizin, Band 9, Heft 1, 2006)

Auch die Auseinandersetzung mit der innerklinischen Reanimation zeigt, dass selbst in Krankenhäusern die Versorgung von Patienten auf der Normalstation problematisch ist. Krankenhausärzte und Schwestern haben Schwierigkeiten in der Einschätzung und Akutversorgung von Notfallpatienten. Dies, obwohl im Krankenhaus sicher mehr Patienten in diese Kategorie fallen und daher die Erfahrung größer sein sollte (Nolan: S. 38ff, Notfall- und Rettungsmedizin, Band 9, Heft 1, 2006). Daher existieren in Krankenhäusern mittlerweile Notfallteams, die meist von den Intensivstationen rekrutiert werden. Diese Einheiten werden von den „Normalstationen“ hinzugezogen und übernehmen die „Erweiterte Reanimationsmaßnahmen“. Über diese interne Möglichkeit verfügen Einrichtungen unterhalb des Akutkrankenhäusniveaus i.d.R. nicht. Daraus ist abzuleiten, dass die Vorhaltung von zusätzlichem, vermeintlich höher qualifiziertem Personal nicht ohne weiteres einen Vorteil für das Überleben von Notfallpatienten darstellt und mehr einer Alibifunktion gleichkommt.

An dieser Stelle ist es wichtiger Notfallpatienten frühzeitig erkennen zu können und entsprechende Hilfe herbeizuholen.

## 2. Patient

Je nach Einrichtung ist das Patientenkollektiv sehr unterschiedlich. Dies ist bei einer Notfallplanung zu berücksichtigen. Häuser mit koronarkranken und/oder geriatrischen Patienten werden mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Notfallsituation erleben als Einrichtungen mit einem psychosomatischen Patientengut.

Daher ist zu fordern, dass für die Häuser ein eigenes Risikoprofil erstellt wird und somit die Notfallvorsorge geplant wird.

## 3. Anbindung an Akutkliniken/geographische Struktur

Häuser in unmittelbarer Nachbarschaft zu Akutkliniken können ihre Notfallvorsorge anders planen als Häuser weit ab von dieser Infrastruktur und ggf. mit weiten Anfahrten für Rettungsdienste.

## Struktur einer Notfallplanung

Die Notfallplanung sollte sich an den Zeiten der geringsten Personalstärke orientieren

### 1. Risikoanalyse

- Beurteilung des Patientengutes
- Einschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit eines somatischen Ereignisses

### 2. Alle Ärzte, Pflegekräfte sowie weitere den Patienten betreuende

Berufsgruppen müssen in der Lage sein, einen Kreislaufstillstand zu erkennen, Hilfe zu rufen und die Basismaßnahmen der Reanimation einzuleiten. (Nolan: S. 41 Notfall- und Rettungsmedizin, Band 9, Heft 1, 2006)

### 3. Basismaßnahmen bedeutet:

- CPR und die Beatmung mit Hilfsmitteln (z.B. einer Taschenmaske, Masken-Beutel-Beatmung)
- wenn notwendig die Defibrillation innerhalb der ersten 3 Minuten durchführen.

### 4. Ablaufplan für das Hinzuziehen weiterer Hilfe

- Notruf
  - aufgeschaltet in benachbartem Klinikum („Integration in klinische Notfallstruktur“)
  - direkt in Zentrale Leitstelle/Rettungsleitstelle über eine Notrufnummer

### 5. Konsiliardienst

Nicht alle Notfälle sind Herz-Kreislaufstillstände. Wichtig ist es, die Patienten zu erkennen, bei denen das Eintreten einer solchen Situation drohen könnte. Hierzu sollte in jeder Einrichtung ein „Konsiliardienst“ durch Akutmediziner sichergestellt sein, dies kann z.B. durch Kooperationen mit Akutkrankenhäusern gelingen.

Bewertung der Defibrillation:

Zum einen stellt sich die Frage inwieweit überhaupt Defibrillatoren in außerklinischen Häusern vorgehalten werden sollten. Legt man die Kriterien für die „öffentlich zugänglichen Defibrillatoren (public access defibrillation = PAD)“ zugrunde (es sollte sich mindestens ein Herz-Kreislaufstillstand

innerhalb von 2 Jahren ereignen), dann gibt es kaum Rehabilitationseinrichtungen in denen dies erforderlich wäre. Andererseits handelt es sich um medizinische Einrichtungen, daher sind andere Anforderungen zu stellen. Als gut praktikabel zeigt sich dabei die Verwendung von Automatischen Externen Defibrillatoren (AED).

Diese sind:

1. preisgünstig
2. ohne STK (nur der Ladezustand der Batterien muss geprüft werden)
3. Selbsterklärend
4. führen das Personal im Rahmen der CPR

Besonders der letzte Punkt ist besonders wichtig. So legt Personal, welches selten in Notfallsituationen agieren muss, die Angst vor den erforderlichen Maßnahmen ab und kann sie durch die Ansagen leitliniengerecht durchführen.

#### 6. Aus- und Fortbildung

Zunächst muss jeder Mitarbeiter in die Notfallstruktur eingewiesen werden und ein praktisches Reanimationstraining durchführen. Danach sind jährliche Wiederholungskurse zu absolvieren.

Zeitansatz: 4-8 UE für Erstunterweisung

2-4 UE für Wiederholungsseminar

Der Zeitbedarf ist abhängig von der Anzahl der Teilnehmer und dem Ausmaß der jeweiligen Notfallplanung.

#### Fazit:

Jede medizinische Einrichtung muss eine Notfallvorsorge betreiben. Diese muss sich in dem Spannungsfeld zwischen medizinisch Möglichem und wirtschaftlich Sinnvollem bewegen. So ist durch die Einrichtung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes oder durch die Vorhaltung von speziellem medizinischen Assistenzpersonal nicht zwangsläufig eine Verbesserung der Notfallversorgung der Patienten zu erwarten. Die Kolleginnen und Kollegen sind weder für solche Situationen adäquat ausgebildet, noch verfügen sie über ausreichende Erfahrungen in der Notfallmedizin. Besser sind Systeme, die losgelöst von der Grundqualifikation der Beschäftigten rund um die Uhr den Patienten eine Versorgung mit „Lebensrettenden Basismaßnahmen“ incl. der Anwendung eines AED sicherstellen. Eine Vernetzung mit benachbarten Kliniken und den örtlichen Rettungsdiensten ist ergänzend erforderlich. Unter diesen Rahmenbedingungen kann ein hohes Sicherheitsniveau für den Patienten unter wirtschaftlich vernünftigen Aspekten gewährleistet werden.

Die Daten des Bundesverbandes für Stationäre Suchtkrankenhilfe unterstreichen die o.a. Argumentation und zeigen insbesondere, dass ein mehr an Vorsorge vor allem viel mehr kostet und nicht zu höheren Überlebensraten führt. Dies deckt sich mit den Ausführungen im Rahmen der aktuellen Leitlinien des European Resuscitation Council.

J. Blau

Facharzt f. Innere Medizin/Notfallmedizin

## **Anhang:**

Entsprechend der vorgestellten Strukturen wurden im eigenen Bereich in den letzten Jahren Notfallsysteme in einer psychosomatischen-psychiatrischen Fachklinik, einem Schlaflabor sowie mehreren Alten- und Pflegeheimen etabliert. Bisher gibt es nur positive Erfahrungsberichte.

### Tätigkeiten des Autors:

Seit 08/92	Notarztstätigkeit
Seit 10/97	Leitender Notarzt des Main-Taunus-Kreises
seit 01/2000	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des MTK
seit 02/2002	Funktionsoberarzt Med. Klinik III für den Bereich Intensivstation
seit 09/2003	Oberarzt der Med. Klinik III

### Weitere Funktionen:

Vertreter des Hess. Landkreistages:  
im Arbeitskreis zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst

als Mitglied des AK Medizinischer Katastrophenschutz des Hess. Ministeriums des Inneren

als Mitglied des AK MANV des Hess. Sozialministeriums

Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft in Hessen tätiger Notärzte (AGHN)

Stellvertretender Prüfungsausschussvorsitzender bei den staatlichen Abschlussprüfungen im Rettungsdienst und Beauftragter für die Durchführung von Abschlussgesprächen