



Lösungsvorschläge

für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung und eine Integrative Notfallversorgung

Aktuelle Präambel

Die nachstehenden Lösungsvorschläge setzen zwingend eine Gesamtreform der ambulanten Notfallversorgung voraus. Deshalb appellieren der Marburger Bund und die DGINA an den Bundesgesetzgeber, den in § 120 Abs. 3b SGB V verankerten Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Kriterien für ein Ersteinschätzungsverfahren zu beschließen, auszusetzen. Auch die verfasste Ärzteschaft hat auf ihrem 126. Deutschen Ärztetag vom 24.05. - 27.05.2022 in Bremen einen entsprechenden Appell an den Gesetzgeber beschlossen. Die Vertreter der Länder im G-BA hatten sich bereits gegen den Zeitpunkt der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens am 21. April 2022 ausgesprochen.

Nach dem derzeitigen Zeitplan wird die „Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung“ dem Plenum des G-BA bereits am 21. Juli 2022 zur Beschlussfassung vorgelegt werden und nach Prüffrist des BMG spätestens im September 2022 in Kraft treten.

Die dringend notwendige Gesamtreform der Notfallversorgung haben die Regierungsfraktionen in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt. Das Reformvorhaben wird aber bis September 2022 nicht abgeschlossen sein.

Keinesfalls sollten im Bereich der Ersteinschätzung Fakten geschaffen werden, bevor ein Gesamtkonzept steht. Solange nicht geklärt ist, wie die unterschiedlichen Versorgungsebenen in der ambulanten Notfallversorgung vernetzt werden sollen und welches Leistungsspektrum sie aufweisen, ist die Etablierung eines neuen Ersteinschätzungssystems zur Patientensteuerung losgelöst von einem Gesamtkonzept nicht sinnvoll.

- **Der medizinische Notfall ist gesetzlich nicht definiert**

Nach internationaler und nationaler Übereinkunft liegt ein medizinischer Notfall immer dann vor, wenn „der Patient körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweist, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“. Für eine Strukturreform der Notfallversorgung ist die ex-ante Einschätzung aus der Perspektive der Behandelnden und der Patientinnen und Patienten entscheidend.

- **Patientensteuerung nach Behandlungsdringlichkeit**

Der Wandel hin zu einem ressourcensparenden Einsatz der Notfallstrukturen kann nur dann gelingen, wenn der Bevölkerung deutlich wird, dass nicht ökonomische Erwägungen die Neuorganisation begründen, sondern eine bessere Strukturierung und Qualität der Notfallversorgung.

Durch standardisierte Behandlungsabläufe in der Notfallversorgung kann der Sorge vor Qualitätsunterschieden begegnet werden.

Deshalb sprechen sich der Marburger Bund und die DGINA für eine validierte, standardisierte Ersteinschätzung der Patientinnen und Patienten nach ihrer Behandlungsdringlichkeit aus, die für Rettungsdienste, Notdienstpraxen, gemeinsame medizinische Anlaufstellen und für die Rettungsleitstellen verbindlich ist.

Eine rein auf medizinischen Kriterien beruhende Vorgehensweise bei der Ersteinschätzung (also der Symptomabfrage, der Einordnung der Dringlichkeit und der Zuweisung zu einer Versorgungsform) erhöht die Akzeptanz der Patientinnen und Patienten, reduziert die Möglichkeiten, das System zu umgehen, verkürzt Wartezeiten und verbessert die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Versorgungsebenen.

Dafür müssen validierte Standards für die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit für alle Anlaufstellen der Notfallversorgung festgelegt werden. Die Algorithmen der Standards müssen offengelegt und real erprobt werden.

Bei direktem Patientenkontakt wird die Ersteinschätzung durch die Messung von Vitalparametern ergänzt und es erfolgt in jedem Fall ein ärztlicher Kontakt, in Abhängigkeit vom Ergebnis der Ersteinschätzung entweder durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder durch Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses.

Zwingend notwendig ist ein einheitliches IT-gestütztes System, das die standardisierte Vorgehensweise bei gleichzeitig einheitlicher Dokumentation und durchgängigen Informationsketten sicherstellt.

Es sollte eine verbindliche strukturelle Verknüpfung der telefonischen Erstkontaktstellen (Rettungsleitstelle „112“ und ärztlicher Bereitschaftsdienst „116 117“) geben. Der telefonische Dienst beider Bereiche muss ohne Wartezeit erreichbar und qualifiziert besetzt sein sowie über Kenntnis der regionalen Strukturen verfügen. Qualitätsindikatoren wie die tatsächlichen stündlichen Wartezeiten sind zu erfassen und quartalsweise zu veröffentlichen.

Für die Zuweisung zu einer Versorgungsform ist das Vorhandensein der erforderlichen strukturellen und personellen Ressourcen maßgebend. Der Verweis an/in eine Versorgungsstruktur darf sich auch hier nur an medizinischen und nicht an ökonomischen Kriterien orientieren. Allerdings sind durch eine sinnvolle Nutzung der verfügbaren Ressourcen auch zusätzliche positive wirtschaftliche Effekte zu erwarten.

- **Sicherstellungsauftrag**

Die Sicherstellung der Notfallversorgung zu jeder Zeit ist ein entscheidendes und unverzichtbares Element der Daseinsvorsorge.

Die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist nach § 75 SGB V Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dazu gehört die Organisation eines ambulanten Notdienstes. Weitere Regelungen finden sich landesspezifisch in den Heilberufsgesetzen sowie in Verordnungen der Landesärztekammern.

Voraussetzung für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages ist, dass sich alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung beteiligen. Nach Maßgabe der Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder und der auf ihrer Grundlage erlassenen Satzungen sind alle Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme am Notfall- bzw. ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet.

Zugleich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen, dass hilfeschende Patientinnen und Patienten wohnortnah eine ambulante Versorgung innerhalb und außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten erhalten (24/7).

- **Zentrierung der Strukturen**

Die Strukturen der Notfallversorgung müssen das Patientenverhalten berücksichtigen und niederschwellig für alle erreichbar bleiben.

Dies erfordert die Schaffung von gemeinsamen Anlaufstellen an allen Krankenhausstandorten, an denen Notfallversorgung in relevantem Umfang stattfindet.

Anlaufstelle in dem Sinn ist die Organisation einer zentralen Kontaktstelle von Vertrags- und Krankenhausärztinnen/-ärzten („gemeinsamer Tresen“) und die unmittelbare Möglichkeit einer erforderlichen Notfallversorgung mit ambulantem oder stationärem Verbleib für Patientinnen und Patienten, die a) entweder selbstständig die gemeinsame Anlaufstelle aufsuchen, b) die durch die 116117 oder c) den Rettungsdienst an die gemeinsame Anlaufstelle verwiesen werden.

Wie in benachbarten europäischen Ländern, sollten Notdienstpraxen zentral und nach Möglichkeit am Krankenhaus verortet sein. Das hat den Vorteil, dass alle diagnostischen Möglichkeiten eines Krankenhauses bei entsprechender Indikation auch der ambulanten Notfallversorgung zur Verfügung stehen und bei Bedarf rasch eine stationäre Aufnahme erfolgen kann.

Unter Berücksichtigung der Patientenfallzahl, der regionalen Lage der Krankenhäuser und der ärztlichen Ressourcen ist die Einrichtung von gemeinsamen medizinischen Anlaufstellen an Krankenhäusern ab der Basisnotfallstufe sinnvoll.

Als Planungsgrundlage spricht sich der Marburger Bund für die Definition von Zielgrößen aus, ab der eine gemeinsame Anlaufstelle am Krankenhaus im Sinne der Patientenversorgung einzurichten ist. Die Umsetzung vor Ort sollte im Sinne einer regionalen Versorgungsplanung gestaltet werden. Hierfür sollten die Krankenhauspläne der Länder Notfallstandorte ausweisen. Strukturvoraussetzung ist mindestens die Teilnahme an der Basisstufe der stationären Notfallversorgung, wobei Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung zu bevorzugen sind.

Durch den beizubehaltenden Fahrdienst des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (Hausbesuche) können immobile Patientinnen und Patienten an der vertragsärztlichen Versorgung partizipieren und unnötige Transporte vermieden werden.

- **Koordinierung der Notfallversorgung**

Ziel muss es sein, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern so zu entlasten, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sich mit genügend Zeit um die Patientinnen und Patienten kümmern können, die eine Behandlung durch das Krankenhaus benötigen. Zugleich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sicherstellen. Es sollen Möglichkeiten zur Ausweitung des ambulanten Notdienstes im KV-Bereich auch tagsüber geschaffen werden, sofern ein regionaler Bedarf besteht.

Integrative Notfallversorgung: Gemeinsame Anlaufstelle

Bei einem Teil der Patientinnen und Patienten, die sich als Notfall direkt in den Krankenhäusern vorstellen, ist zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung das Krankheitsbild nicht eindeutig beurteilbar und eine Zuordnung zur ambulanten oder stationären Versorgungsstufe abhängig von der weiteren Diagnostik.

Hierzu sind gemeinsame medizinische Anlaufstellen an Krankenhäusern in Form eines „gemeinsamen Tresens“ sinnvoll, an denen die Vertragsärzteschaft und Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte kooperativ zusammenarbeiten. Die Ausgestaltung erfolgt in einem gemeinsamen Kooperationsvertrag.

Patientinnen und Patienten sollen primär – soweit möglich – den telefonischen Erstkontakt über die 116117 in Anspruch nehmen.

Unabhängig vom Ort des Erstkontaktes (telefonisch 116117 oder an der gemeinsamen medizinischen Anlaufstelle) werden Patientinnen und Patienten in die für sie erforderliche medizinische Versorgung weitergeleitet. Dabei gilt der Grundsatz ambulant vor stationär. Die geeigneten Versorgungsebenen sind:

- „(Ambulante) vertragsärztliche Notfallversorgung“ für alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Behandlung akut notwendig ist und die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit den Mitteln der Versorgung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes an der Anlaufstelle erbracht werden können.
- „Klinische Notfallversorgung“ für alle Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf, deren Behandlung wegen des Umfangs der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nur mit den Mitteln des Krankenhauses einschließlich ggf. notwendiger Überwachung erbracht werden kann. Dies bezieht sowohl die Patientinnen und Patienten ein, die nachfolgend stationär verbleiben, als auch diejenigen, die nach Abschluss der Diagnostik und Überwachung ambulant verbleiben können.

Notdienstpraxis und Notaufnahme dürfen deshalb nicht einfach nur nebeneinander am gleichen Ort existieren, sondern müssen personell und technisch (digital) miteinander verknüpft werden, um im Sinne der Patientinnen und Patienten eine sinnvolle Versorgung zu erreichen. Durch Integration der Strukturen sollte eine Behandlung aus einer Hand und definierten Qualitätsgrundlagen entstehen. Doppelte Inanspruchnahmen können vermieden und zusätzliche personelle Ressourcen für die Gesamtversorgung gehoben werden.

Bundeseinheitliche Regelungen sollten die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, um in einzurichtenden gemeinsamen Anlaufstellen am Krankenhaus die Versorgung zielgerichtet zu steuern und gleichzeitig die Ressourcen der medizinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl im stationären als auch vertragsärztlichen Bereich optimal einzusetzen.

Integrative Notfallversorgung: Rettungsdienst

Die Einbeziehung des Rettungsdienstes ist ein wesentlicher Faktor für das Gelingen einer integrativen Notfallversorgung. Die Vernetzung zwischen den Rufnummern 112 und 116117 mit einer klaren Regelung zu Übergabepunkten und Schnittstellen ist einer der zentralen Bausteine, um im Patienteninteresse die geeignete Versorgungsform schnellstmöglich zu identifizieren.

Um freie, medizinische Notfallkapazitäten mit Hinterlegung der jeweiligen Fachspezifika rasch abfragen zu können, sollte in allen Bundesländern ein System zum interdisziplinären Versorgungsnachweis eingeführt werden. Dies ermöglicht nicht nur einen raschen Informationsaustausch für das verlegende und aufnehmende Krankenhaus, sondern auch eine gute Steuerungsmöglichkeit für den Rettungsdienst bezüglich der Zuweisung von akut erkrankten Patientinnen und Patienten in den klinischen Teil der Notaufnahme. So können Sekundärverlegungen vermieden werden. In einem Modellversuch könnten auch Vertragsarztpraxen in ein solches System integriert werden, die in der Lage sind, während der Praxiszeiten vom Rettungsdienst Patientinnen und Patienten zu übernehmen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit abschließend ambulant behandelt werden können.

Ein solches Verfahren ist aus Gründen der Patientensicherheit zu evaluieren.

Die Standorte der jeweiligen Rettungsleitstellen sind mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu besetzen, denen die regionalen Strukturen bekannt sind.

- **Definierte Strukturqualität und Ausstattung**

Gestuftes Notfallsystems mit definierter Strukturqualität

Die Anforderungen an alle Strukturen der Notfallversorgung müssen definiert werden. Dazu gehören neben einer definierten Strukturqualität auch die fachliche Qualifikation der tätigen Personen von der telefonischen Ersteinschätzung bis zur klinischen Versorgung.

Im Rahmen einer telefonischen Ersteinschätzung ist das eingesetzte Personal so zu qualifizieren, dass ausreichende medizinische Kenntnisse vorliegen, die technische Ausstattung sicher angewendet wird und regionale Versorgungsstrukturen bekannt sind.

Gemeinsame Anlaufstelle

Die gemeinsame Anlaufstelle muss für alle Patientinnen und Patienten als solche klar gekennzeichnet und barrierefrei zugänglich sein. Zweck eines zentralen Eingangs ist es, Patientinnen und Patienten unmittelbar zu einer zentralen Kontaktstelle von Vertrags- und Krankenhausärztinnen bzw. -ärzten, dem „gemeinsamen Tresen“, zu leiten. An dieser gemeinsamen Anlaufstelle findet die Durchführung der Ersteinschätzung statt. Daneben können administrative Aufgaben wahrgenommen werden. Die Besetzung der gemeinsamen Anlaufstelle muss daher Rund-um-die-Uhr durch eine spezifisch notfallmedizinisch qualifizierte Fachkraft sichergestellt sein.

An Krankenhäusern mit gemeinsamer medizinischer Anlaufstelle muss im stationären Bereich der Notaufnahme die Leitung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung klinische Akut- und Notfallmedizin ausgeübt werden.

Ausstattung der Notdienstpraxen und der Notaufnahmen der Krankenhäuser

Die der Versorgungsstufe entsprechende technische und personelle Ausstattung muss in Umfang und Qualität im Rahmen des oben genannten klar definiert werden.

Die Notaufnahmen in den Krankenhäusern müssen mit einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Ärztinnen und Ärzten besetzt sein. Die Krankenhäuser der gestuften Notfallversorgung tragen dafür Sorge, dass für die Notfallpatienten, die durch das Krankenhaus weiter behandelt werden, benötigte Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Für die Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, richten sich die strukturellen Vorgaben nach den G-BA-Kriterien. Die erforderlichen Ressourcen müssen durch das Krankenhaus 365/24/7 zur Verfügung gestellt werden.

Die Ausstattung der vertragsärztlichen Akutversorgung erhält zusätzlich zur Regel-Ausstattung einer Hausarztpraxis einschließlich IT inklusiv Drucker insbesondere folgende Ausstattungselemente, die auch in Kooperation mit dem Krankenhaus erbracht und vorgehalten werden können:

- EKG
- Pulsoxymetrie
- Labor: Point of Care für Akutparameter
- Sonographiegerät

In Notdienstpraxen tätige Vertragsärzte müssen die oben genannte Ausstattung qualifiziert anwenden können und im Umgang mit Notfällen speziell geschult sein.

Qualifikation der an der Notfallversorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

Jede Ärztin bzw. jeder Arzt ist nach den Bestimmungen der Berufsordnungen verpflichtet, sich für den Notdienst fortzubilden. Die notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sind im Studium und vor allem in der Weiterbildung erworben worden und werden durch die tägliche Arbeit vertieft.

Ohne fachärztlichen Hintergrund ist die Qualifikation des diensthabenden Arztes durch die Körperschaften im Sinne der erforderlichen Versorgung sicherzustellen.

Ärztinnen und Ärzte im ärztlichen Bereitschaftsdienst müssen über ausreichende praktische Erfahrung verfügen, die oben genannte Ausstattung qualifiziert anwenden können, im Umgang mit Notfällen speziell geschult sein und den Facharztstandard erfüllen.

Für die Basisstufe der stationären Notfallversorgung bedarf es neben einer Einarbeitung und der ständigen Fortbildung der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte einer verantwortlichen Ärztin/eines verantwortlichen Arztes mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut und Notfallmedizin“ sowie die Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie. Für die erweiterte und umfassende Stufe der Notfallversorgung sind zusätzlich weitere Fachärztinnen und Fachärzte in definierten Gebieten vorzuhalten. Für die fachspezifische Notfallversorgung (z.B. HNO oder Pädiatrie) ist der Facharztstandard Voraussetzung.

Nutzung der digitalen Möglichkeiten der Vernetzung für die Notfallversorgung

Das Hand-in-Hand-Arbeiten beider Sektoren am Patienten vor Ort muss systematisch unterstützt werden. Die Dokumentation der Behandlungsabläufe sollte in einem einheitlichen, durch beide Sektoren genutzten EDV-System mit einheitlicher Dokumentation erfolgen. Die Dokumentation sollte sektorübergreifend und barrierefrei verfügbar sein. Bei der Übergabe von einem in den anderen Sektor muss der gesamte Notfallbehandlungsablauf inklusive aller durch den bereits erfolgten Ressourceneinsatz gewonnenen Erkenntnisse (Ergebnisse) zur Verfügung stehen. So könnte in einem überschaubaren Bereich und bei entsprechend rechtlicher Absicherung eine sektorenübergreifende Versorgung etabliert und ihre Wirkung evaluiert werden.

• Finanzierung der Notfallversorgung

Auf Grund der seit Jahren unzureichenden Investitionsfinanzierung der Länder ist es auch in der Ausstattung von Notaufnahmen in den Krankenhäusern zu einem Investitionsstau gekommen, so dass die Vernetzung der Strukturen ohne Finanzierung aus extrabudgetären

Mitteln nicht gelingen wird. Gerade in strukturschwachen Gebieten bedarf es für Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung zur Sicherstellung der Notfallversorgung finanzieller Zuschläge.

Eine Finanzierung allein aus Mitteln der bisherigen Vergütungssysteme ist nicht ausreichend. Die Neuausrichtung wird regional auch bauliche Maßnahmen erfordern und muss durch zusätzliche Mittel von Bund, Ländern und Kommunen verbindlich unterstützt werden.

Die Vergütung ambulant verbleibender medizinisch komplexer Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser muss angepasst werden, um eine kostendeckende Vergütung zu erreichen und hierüber das Prinzip „ambulant vor stationär“ zu stärken. Bei der geplanten Reform des DRG-Systems muss der Ressourcenbedarf in der stationären Notfallversorgung besser abgebildet werden.

- **Modellprojekte für eine zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung fördern**

Aufgrund der zentralen Bedeutung für die Daseinsvorsorge sollten neue Konzepte der Notfallversorgung erprobt werden und müssen wissenschaftlichen Kriterien genügen. Insbesondere sollte überprüft werden, ob eine integrierte Notfallversorgung außerhalb der bestehenden Sektorengrenzen der ärztlichen Versorgung und der bestehenden Finanzierungssystematik zu einer Verbesserung der Versorgung führt. Deshalb muss die Erprobung grundlegend neuer Organisationsformen und Finanzierungsmöglichkeiten in Modellprojekten gefördert werden und bei positiven Ergebnissen in die Regelversorgung übernommen werden.

Berlin, 30. Mai 2022

Marburger Bund Bundesverband

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746846 – 0
Fax 030 746846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.

Hohenzollerndamm 152
14199 Berlin
Tel. 0176 9540 1733
kontakt@dgina.de
www.dgina.de