



BKK[®]

Dachverband

SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Notfallreform 2.0

vom 17.10.2022

Weblink www.bkk-dachverband.de/politikpapiere/positionspapier

SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Notfallreform 2.0

vom 17.10.2022

EINLEITUNG

Die Reform der Notfallversorgung ist überfällig. Fast die Hälfte aller Patienten sucht selbst die Notaufnahme auf und ca. 60% aller Fälle, die die Notrufnummer wählen, sind keine „echten“ Notfälle. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Sie reichen von der fehlenden Patientensteuerung in der ambulanten Versorgung bis hin zur fehlenden Aufklärung der Erkrankten, wohin sie sich wenden können.

Vor dem Hintergrund des Ärzte- und Pflegekräftemangels, der kritischen Finanzlage der Krankenkassen und einer immer größer werdenden Verunsicherung seitens der Patienten, muss die geplante Notfallreform nun zeitnah angegangen werden. Die Rettungsdienste und die Notaufnahmen der Krankenhäuser müssen dabei aufeinander abgestimmt reformiert und von Fehlinanspruchnahmen entlastet werden, damit die vorhandenen Ressourcen für solche Fälle zur Verfügung stehen, in denen sie wirklich gebraucht werden.

Dies sind unsere Vorstellungen dazu:

- Leitstellen reformieren inkl. bundeseinheitliche Vorgaben zur digitalen Ausstattung der Leitstellen;
- Zuständigkeiten und Trägerschaft des Rettungsdienstes neu strukturieren;
- Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich im SGB V verankern;
- Standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren für Notfälle schnellstmöglich einführen;
- Integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhäusern mit stationärer Notfallstufe errichten;
- Vernetztes Notleitsystems unter Erhalt der beiden Nummern 112 und 116 117 sicherstellen;
- Mit unterschiedlich personell ausgestatteten Rettungsmitteln (z. B. Notfalltransportwagen) die begrenzt vorhandenen Kapazitäten der Rettungswagen entlasten;
- Flächendeckender Einsatz von Telenotärzten;
- Eigenverantwortliches Handeln von Notfallsanitätern stärken, um Abläufe zu beschleunigen und unnötige Notarzteinsätze oder Krankenhauseinweisungen zu vermeiden;
- Gleichmäßige Verteilung der ärztlichen Praxis-Sprechzeiten auf alle Wochentage zur Sicherung einer konstanten Versorgung außerhalb der Notfallambulanzen;
- Verbindliches elektronisches Terminbuchungssystem über die Terminservicestellen für die niedergelassenen Ärzte einführen;
- Apotheken in den INZ oder in deren unmittelbarer Nähe für die direkte Arzneimittelversorgung vorsehen sowie
- Kampagnen zur Aufklärung der Bevölkerung durchführen.

Leitstellenreform erforderlich

In den Bundesländern existiert eine Vielzahl an regionalen Leitstellen. Diese sind Dreh- und Angelpunkt für die Aufnahme von Notrufen, die Einteilung und Organisation der Einsatzfahrzeuge des Rettungsdienstes und der Feuerwehr. Sie fungieren gleichzeitig als Gatekeeper des Gesundheitswesens, sind also zentraler Bestandteil der Patientensteuerung in die Versorgung. Wie Konzentrationsprozesse in Bundesländern wie Brandenburg oder Hessen zeigen, lassen sich durch **zielgerichtete Zusammenschlüsse von Regionalleitstellen** eine **Optimierung der operativen und strategischen Arbeit** sowie eine **verbesserte Interaktion zwischen den Leitstellen und externen Institutionen** erreichen. Konzentrationsprozesse darüber hinaus ermöglichen es, Effizienzreserven zu heben und den **Digitalisierungsprozess zu beschleunigen**.

Notwendige Konzentrationen sollten sich an Vorgaben zu Bevölkerungszahl und Fläche des Zuständigkeitsbereiches einer Leitstelle orientieren.

Flankiert werden diese Maßnahmen durch **bundeseinheitliche Vorgaben zur digitalen Ausstattung der Leitstellen**, insbesondere mit bundeseinheitlichen Vorgaben zur Leitstellensoftware. Hier ist eine verbindliche Schnittstellenbeschreibung erforderlich, um eine Vernetzung der Leitstellen untereinander und auch mit anderen Akteuren (wie z. B. mit dem Kassenärztlichen Notdienst, der Polizei oder der Feuerwehr) zu gewährleisten. Die Vernetzung der Leitstellen ermöglicht eine Vertretung in Katastrophenfällen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Zuständigkeiten und Trägerschaft des Rettungsdienstes neu strukturieren - Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich im SGB V verankern

Landkreise oder Kommunen sind per Landesrecht Träger des Rettungsdienstes. Daraus resultiert eine Kleinteiligkeit, die eine versorgungsgerechte Weiterentwicklung des Rettungsdienstes behindert. Die **Zuständigkeiten des Rettungsdienstes sollten daher von kommunaler Ebene auf Regierungsbezirks- oder Länderebene verschoben werden**. So können Effizienzreserven gehoben werden, indem etwa Finanzierung und Abrechnung des Rettungsdienstes für das jeweilige Bundesland einheitlich und durch eine zentrale Stelle erfolgen.

Planungen zu Standorten und jeweiliger Kapazität des Rettungsdienstes müssen über die Grenzen einzelner Landkreise hinweg erfolgen. Zudem haben alle krankenhausplanerischen Veränderungen unmittelbare Auswirkungen auf den Bedarf und die Fahrzeiten des Rettungsdienstes. **Krankenhausplanung und die Bedarfs- und Kapazitätsplanung des Rettungsdienstes sind also zwingend aufeinander abzustimmen**.

Künftig sollte der **Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung** anerkannt und damit ein bundeseinheitlicher Rahmen geschaffen werden. Diese Rechtsgrundlage ermöglicht es den Vertragspartnern, Leistungsbeschreibungen sowie Vergütung und Abrechnungsmodalitäten regional zu regeln.

Die bisher von den Rettungsdiensten der Länder durchgeführte medizinische Notfallversorgung vor Ort sowie die Weiterversorgung während eines Transports werden hiermit konsequent in das System der integrierten Notfallversorgung eingebettet. So wird etwa die **Abrechnung von Notfallbehandlungen vor Ort auch ohne den direkten Transport in das nächstgelegene Krankenhaus** ermöglicht, wodurch das Patientenaufkommen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser verringert werden kann. Damit können eine adäquate medizinische Notfallversorgung sowie der zielgerichtete Einsatz vorhandener Kapazitäten gewährleistet werden.

Standardisiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren notwendig

Die notfallmedizinische Versorgung wendet bei akut lebensbedrohlichen Situationen schwere gesundheitliche Schäden ab. Zur Feststellung, ob ein medizinischer Notfall vorliegt, soll ein **standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren als Unterscheidungsinstrument** eingeführt werden. Wichtig ist dabei eine einheitlich definierte Schnittstelle zu den vorhandenen Programmen in den koordinierenden Notfalleitstellen. Ein solches digitales Assistenzsystem soll alle in der Akut- und Notfallversorgung auftretenden Behandlungsanlässe abbilden, Behandlungsdringlichkeiten priorisieren und Empfehlungen für die geeignete Versorgung abgeben. **Ziel muss sein, dass Patienten mit identischer Diagnose in allen Bundesländern gleichartig vermittelt und behandelt werden.** Dabei muss im Sinne der Patientensicherheit ein geeignetes Verfahren über eine hohe Treffsicherheit bei der Entdeckung und Feststellung medizinischer Notfälle verfügen.

Die **Vermittlung in einen angemessenen Versorgungsbereich auf Grundlage einer telefonischen Ersteinschätzung sowie die digitale Datenweitergabe an Rettungsdienst und angefahrenes Integriertes Notfallzentrum (INZ)** verbessert die Versorgung maßgeblich. So kann erreicht werden, dass Patienten direkt in das passende Krankenhaus, etwa in eine Klinik mit Stroke Unit („Schlaganfall-Einheit“), gebracht werden. Die in den Notfalleitstellen getätigte Ersteinschätzung und Weiterleitung in die richtige Versorgungsebene muss hierbei nach denselben Kriterien und Standards wie bei einem Erstkontakt in den INZ erfolgen.

Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen: konkreter, transparenter, verbindlicher

Mangelnde Transparenz über die Erreichbarkeit niedergelassener Vertragsärzte sowie die fehlende Pflicht zur gleichmäßigen Verteilung der Praxis-Sprechzeiten begünstigen das Aufsuchen von Notaufnahmen. Ergänzend zur Steuerung der Patienten, ist die vertragsärztliche Versorgung gleichmäßig über alle Wochentage zu verbessern. **Notwendig ist eine weitere Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die Vertragsärzte zu einer gleichmäßigen Verteilung von Praxis-Sprechzeiten auf alle Wochentage, insbesondere auch auf Abendstunden sowie Mittwoch- und Freitagnachmittage, verpflichtet.**

Die vertragsärztliche Versorgung zu Randzeiten soll insbesondere durch Kooperationen niedergelassener Vertragsärzte erfolgen. In besonderer Verantwortung stehen hier die Hausärzte. Sie können in dringenden Fällen einen Facharzttermin vermitteln, der innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalendertagen stattfinden soll. Für diese Leistung werden sie entsprechend vergütet. Diese „**Kann**“-Regelung muss dringend **in eine Verpflichtung umgewandelt werden.**

Um eine patientengerechte Weiterleitung in die angemessene Versorgungsebene zu gewährleisten, ist die **Etablierung eines allgemeinen elektronischen Terminbuchungssystems unter Einbindung der regionalen Terminservicestellen (TSS)** erforderlich, das für alle Praxen verpflichtend zu nutzen ist. Die Vermittlung an die regionale TSS kann ein sinnvolles Angebot sein, sobald die Vermittlungsarbeit auf der Grundlage verpflichtender Meldungen von freien Terminen in den Arztpraxen erfolgt und ein digitales Terminbuchungssystem für Patienten etabliert ist. Wenn freie ambulante Behandlungskapazitäten automatisiert und verpflichtend aus den Praxisverwaltungssystemen der Gesundheitsberufe bereitgestellt werden, stehen diese für Patienten in der Versorgung auch schneller zur Verfügung.

Die KVen haben bereits heute im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags auch die notdienstliche Versorgung rund um die Uhr (24/7) zu gewährleisten. Aktu-

ell umgesetzt wird dies neuerdings auch durch einen telemedizinischen Bereitschaftsdienst. **Zukünftig sollte der Sicherstellungsauftrag auch die Vorhaltung von Integrierten Notfallzentren (INZ) umfassen.**

Integrierte Notfallzentren (INZ): niedrigschwellige zentrale Anlaufstelle an ausgewählten Krankenhäusern

Kernelement der Notfallreform sind **Integrierte Notfallzentren (INZ)**. Notfallpatienten benötigen eine **zentrale Anlaufstelle**, die niederschwellig in Anspruch genommen werden kann. 40 bis 50 Prozent der Fälle in deutschen Notaufnahmen beruhen auf Selbsteinweisungen durch Patienten. INZ sollten **an ausgewählten Krankenhäusern mit stationärer Notfallstufe** angesiedelt sein und **von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam betrieben** werden. Am sogenannten „gemeinsamen Tresen“ sollte dann mithilfe des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens entschieden werden, ob die Patienten entweder direkt versorgt oder in eine adäquate ambulante Versorgung vermittelt werden können.

Die Einführung von INZ setzt die Forderung „ambulant vor stationär“ konsequent um. Der gemeinsame Betrieb durch KV und Krankenhaus sowie die wirtschaftliche Trennung von Krankenhaus und INZ ist erforderlich, um die Neutralität der medizinischen Bewertung sicherzustellen. Daneben ist die Einführung von Kooperationsverträgen zwischen Krankenhäusern und den KVen für ein INZ, die Einrichtung eines Schiedsverfahrens im Streitfall, sowie die Überführung bereits bestehender Portalpraxen in INZ zur Vermeidung von Doppelstrukturen notwendig. Generell sollte die **personelle Besetzung der INZ bilateral zwischen betreibender KV und Krankenhaus vereinbart und geregelt** werden. Dabei ist zu beachten, dass durch die Besetzung neu geschaffener INZ keine Personalengpässe in den niedergelassenen Praxen entstehen.

Die Einrichtung von INZ muss **an ausgewählten Krankenhäusern mit stationärer Notfallstufe** erfolgen und sich **am tatsächlichen Patientenaufkommen ambulanter Fälle der Notaufnahme orientieren. Anzahl, Standort und Versorgungsumfang** der INZ sollte der **G-BA durch bundeseinheitliche Festlegungen** bestimmen. Die Errichtung eines INZ an jedem Krankenhaus mit stationärer Notfallstufe ohne Berücksichtigung des regionalen Bedarfs wäre unwirtschaftlich und personell nicht umsetzbar.

Die **Vergütung der INZ** sollte **stringent nach der ambulanten Logik** vollzogen werden. **Für gleiche Leistungen sollte es unabhängig vom Versorgungsort (ambulante Praxis oder INZ) die gleiche Vergütung geben.** Eine zusätzliche finanzielle Förderung der INZ ist bereits jetzt auf Basis der regionalen Strukturförderung zur Stabilisierung des Sicherstellungsauftrages möglich.

Neben der Versorgung der Patienten in den Strukturen des INZ sollte eine **Verknüpfung der INZ mit telemedizinischen Leistungen sowie dem aufsuchenden Bereitschaftsdienst** vorgesehen werden.

An rund 700 Krankenhausstandorten bestehen bereits funktionierende Kooperationen, in denen ärztliche Notfall- oder Portalpraxen mit den Kliniken zusammen die Notfallversorgung sicherstellen. Das entspricht nahezu der Hälfte der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser. Diese positiven und bereits **vorhandenen Kooperationen** sind nun zu **nutzen und auszubauen.**

Versorgungsrealität einbeziehen und Patientensteuerung verbessern

Eine erfolgreiche Notfallreform muss bereits in der Planungsphase die Versorgungsrealität mit einbeziehen. Die **Notfallstrukturen** müssen sich somit **an den natürlichen Patientenpfaden orientieren** und gleichzeitig eine **Steuerung der Patienten** zur Folge haben.

Entsprechend muss ein **eindeutiges und klares Notleitsystem** mit einfach nachzuvollziehenden Handlungsoptionen für alle Akteure geschaffen werden. Patienten, die durch das Ersteinschätzungsverfahren als nicht akut behandlungsbedürftig eingeschätzt werden oder für die eine Behandlungsnotwendigkeit bei niedergelassenen Ärzten festgestellt wird, sollten über das Notleitsystem direkt an die regionale KV weitervermittelt werden. Über eine Schnittstelle werden die Angaben der Patienten an die Notrufnummer der KV übermittelt. So wird der Patient kontaktiert und braucht sich nicht selbst um eine Versorgung kümmern. Dabei könnte die KV dann auch eine Terminvereinbarung über elektronische Buchungssysteme bei den TSS ermöglichen oder die Patienten bei der Nutzung unterstützen.

Gleichzeitig muss eine **Umstrukturierung der Patientenpfade in die Kliniken mit INZ** effektiv vorangetrieben werden. Dabei ist der Strukturwandel der Krankenhauslandschaft hin zu einer Konzentration der Klinikstandorte und zu spezialisierten Zentren als parallele Maßnahme weiterhin unabdingbar. Nur so kann eine hohe Versorgungsqualität für alle Patienten langfristig gesichert werden.

Vernetzte Notfallleitstellen als zentrale Lotsen in der medizinischen Notfallversorgung etablieren, digitale Vernetzung zwischen den Akteuren vorantreiben

Über die bestehenden Notrufnummern 112 und 116 117 werden Anrufer je nach Dringlichkeit entweder in die Vertragsarztpraxis, an den Rettungsdienst oder in INZ vermittelt. Durch eine **kompetente telefonische Erstberatung** könnten bereits heute viele der Patienten so beraten werden, dass eine weitere Akutbehandlung nicht mehr erforderlich ist. Zusätzlich sind begleitende **Aufklärungskampagnen** zu den verschiedenen Angeboten wünschenswert, um die Bevölkerung dafür zu sensibilisieren, wichtige Strukturen den „echten“ Notfällen zu überlassen.

Vernetzte Notfallleitstellen sollen die **Lotsenfunktion** der integrierten medizinischen Notfallversorgung übernehmen. Unter 112 bei den Rettungsleitstellen und unter 116 117 bei der KV stehen ständig (24/7) geschulte Ansprechpartner zur Verfügung. Sie koordinieren die medizinische Versorgung und entscheiden mittels eines standardisierten und softwaregestützten Ersteinschätzungsverfahrens, ob die weitere Behandlung durch die Rettungsleitstelle (bei Erfordernis der medizinischen Notfallrettung oder eines Krankentransports) oder durch die KV (ambulante notdienstliche Versorgung oder vertragsärztliche Regelversorgung) erfolgen soll.

Beide Rufnummern sollten weiterhin **erhalten** bleiben. Anderenfalls könnte sich die Erreichbarkeit der Notrufnummer 112 in dringenden Notfällen verschlechtern. Die Überlastung der Notrufzentralen in Großstädten ist bereits ein öffentlich viel diskutiertes Thema. Allerdings darf bei einem getrennten Betrieb der beiden Rufnummern keine wertvolle Zeit bis zur Versorgung verloren gehen. Bei Anrufen unter der Nummer 116 117 ist sicher zu stellen, dass in lebensbedrohlichen Fällen direkt der Notarzteinsatz organisiert wird. Alle **Akteure** müssen daher **vernetzt kommunizieren und agieren**.

Für diese vernetzten Notfallleitstellen sind bedarfsgerechte Kapazitätsvorgaben erforderlich. Die vorzuhaltenden Kapazitäten müssen am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet sein. Um unnötige Inanspruchnahmen der Rettungsleitstellen und Notaufnahmen zu vermeiden, sollten **maximale Warte- und Bearbeitungszeiten für die 116 117 der KV** bestimmt werden.

Telemedizinische Möglichkeiten nutzen

Die **telemedizinischen Möglichkeiten** müssen in der Notfallversorgung und im Rettungsdienst **flächendeckend genutzt** werden. Sie ermöglichen z. B. aus dem Rettungswagen heraus eine telemedizinische Kontaktaufnahme mit dem Zielkrankenhaus. Zu begrüßen ist daher insbesondere eine **digitale Übermittlung der Daten vom Rettungsfahrzeug an das angefahrene INZ bzw. Krankenhaus**. Zur Gewährleistung der Datensicherheit sollte nicht nur

die digitale Dokumentation der für eine Weiterbehandlung erforderlichen Daten, sondern die gesamte digitale Vernetzung im Rahmen der medizinischen Notfallversorgung sicher über die Telematikinfrastruktur laufen.

Zudem müssen **Notfallsanitäter** rechtlich in die Lage versetzt werden, Abläufe zu beschleunigen und **unnötige Notarzteinsätze oder Krankenhaus-einweisungen zu vermeiden**, in dem sie erweiterte Kompetenzen erhalten und mehr medizinische Maßnahmen übernehmen dürfen.

Neue Arten von Rettungsmitteln ermöglichen eine differenziertere Ausrichtung am Einsatzgeschehen bei Entlastung des Personals der hochspezialisierten Rettungsmittel. So können **Notfalltransportwagen** für nichtzeitkritische Notfälle eingesetzt werden. Das begrenzte hochqualifizierte Personal steht so den Notfällen zur Verfügung und die vorhandenen Kapazitäten der Rettungswagen werden gezielter eingesetzt.

Gleichzeitig sollte die Vorhaltung **eines Telenotarztes verpflichtend sein. Dieser kann dabei auch leitstellenbereichsübergreifend organisiert werden.** Er soll schnell und räumlich unabhängig den Rettungsdienst qualifiziert unterstützen und regionale Notarztkapazitäten entlasten. So kann eine notarztbegleitete Rettungsfahrt z.B. unter Einbindung eines Telenotarztes erfolgen. Hierdurch wird das Ziel, die Notfallambulanz der Kliniken zu entlasten und Patienten vor unnötigen Transporten zu bewahren, sinnvoll umgesetzt.

Arzneimittelversorgung im Notfall optimieren: Apotheke im INZ einrichten, Krankenhausapotheken enger in die Versorgung einbinden und Notdienste koordinieren

Die Arzneimittelversorgung von Versicherten in der Notfallversorgung hat Optimierungspotential. Versorgungslücken können insbesondere im ländlichen Raum außerhalb der üblichen Öffnungszeiten einer Apotheke entstehen. Versicherte, die in Notfällen ein Krankenhaus aufsuchen und dort ambulant behandelt werden, können ihr Rezept nicht unmittelbar einlösen oder müssen weite Wege zurücklegen, um ihr dringend erforderliches Arzneimittel zu erhalten. **Entsprechend ist in den INZ oder in deren unmittelbarer Nähe eine Apotheke vorzusehen.** Diese Apotheke könnte auch eine Apotheke „light“ sein, die nicht alle Anforderungen an Apotheken hinsichtlich der räumlichen und organisatorischen Anforderungen und Ausstattung (z. B. Laborvorhaltung) erfüllen muss.

Ergänzend sollten **Krankenhausapotheken** enger in die Versorgung eingebunden werden. **Wird ein INZ an einem Krankenhaus betrieben, das auch eine Krankenhausapotheke hat, sollte diese die erforderlichen Arzneimittel an Patienten direkt abgeben dürfen**, um somit eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Das gilt auch für Patienten mit Entlassverordnungen. Nach jetziger Rechtslage dürfen die Krankenhausapotheken diese Arzneimittelrezepte nicht beliefern. Zulässig ist allenfalls eine (optionale) Mitgabe einzelner Tabletten zur Überbrückung an Wochenenden oder Feiertagen.

Ein weiterer wichtiger Schritt wäre die **nachhaltige und verbindliche Koordination der Notdienste der Ärzte und Apotheken**: Die Akteure sollten sich so abstimmen, dass jene Apotheken einen Nacht- und Notdienst leisten, die in der Nähe der diensthabenden Ärzte sind. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen gewährleistet eine unmittelbare Arzneimittelversorgung in Notfällen und damit eine umfassende, stringente Notfallversorgung im Allgemeinen.



HABEN SIE FRAGEN?
WIR BEANTWORTEN SIE GERNE

Kontakt

Abteilung Politik
TEL +49 30 2700 406 200
Mail politik@bkk-dv.de

BKK Dachverband e.V.
Mauerstr. 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.de