

Eckpunkte Reform der Notfallversorgung

Eine wesentliche Aufgabe unseres Gesundheitssystems ist die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens. Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – müssen aber stärker aufeinander abgestimmt und vernetzt werden, um eine bedarfsgerechte Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sicherzustellen. Zur optimalen Ressourcennutzung muss auch klargestellt werden, dass sich eine Behandlung in den Strukturen des Notdienstes auf die kurzfristig notwendigen medizinischen Maßnahmen zu beschränken hat (medizinisch notwendige Erstversorgung) und dass der Weg in die ambulante Regelversorgung auch in Akutfällen – wenn möglich – immer vorzugswürdig ist. Aus diesem Grund werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Verbesserte Patientensteuerung durch Ausbau und Stärkung der Terminservicestellen und deren Vernetzung mit den Rettungsleitstellen
- Stärkung der bundesweit einheitlichen notdienstlichen Akutversorgung der KVen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages
- Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ) und integrierter Kindernotfallzentren (KINZ) als sektorenübergreifende Behandlungsstruktur

Ausgehend von diesen Prämissen umfasst die **Reform der Notfallversorgung in einer ersten von zwei Gesetzesinitiativen** folgende Maßnahmen:

1. Patientensteuerung verbessern durch Ausbau und Stärkung der Terminservicestellen (TSS, Rufnummer 116117) sowie durch Vernetzung mit den Rettungsleitstellen (Rufnummer 112)

- 1.1. Ziel ist es, die TSS mit den Rettungsleitstellen flächendeckend digital zu vernetzen und die Übergabe von Hilfesuchenden einschließlich ihrer einmal erhobenen Daten wechselseitig zu ermöglichen. Durch diese bedarfsgerechte Steuerung werden sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet.

- 1.2. Im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes werden in Rahmen der Notfallreform hierfür alle notwendigen Voraussetzungen geschaffen. Die KVen werden hierfür gesetzlich verpflichtet, Kooperationen mit den Rettungsleitstellen einzugehen, sofern der Träger einer Rettungsleitstelle eine Kooperation anstrebt oder dies landesrechtlich vorgegeben ist.
- 1.3. Parallel werden die Länder aufgefordert, in eigener Kompetenz die Vernetzung der Strukturen von Seiten der Rettungsleitstellen umzusetzen und demensprechende landesrechtliche Regelungen zu schaffen.
- 1.4. Die standardisierten Abfragesysteme der TSS und die Abfragesysteme der Rettungsleitstellen müssen im Rahmen der Kooperation so aufeinander abgestimmt sein, dass eine klare und rechtssichere Überleitung von Hilfesuchenden möglich ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wird dem BMG in regelmäßigen Abständen über die geschlossenen Kooperationen berichten. Dies soll dazu beitragen, perspektivisch bundesweite Standards festzulegen.
- 1.5. Um das mit der Vernetzung mit den Rettungsleitstellen zukünftig einhergehende erhöhte Gesprächsaufkommen aufzufangen, muss der Bereich der notdienstlichen Akutversorgung über die TSS gestärkt werden.
- 1.6. Es werden daher konkrete Vorgaben zur Erreichbarkeit der TSS festgelegt und das Angebot von Beratungsärztinnen und -ärzten (erreichbar über die TSS), die zur Entlastung der Regelversorgung telemedizinisch (telefonisch oder per Videoanruf) möglichst fallabschließend agieren, verpflichtend ausgebaut. Hierfür wird es den KVen gesetzlich ermöglicht, untereinander und mit der KBV zu kooperieren, um unnötige Doppelvorhaltungen zu wenig nachgefragten Zeiten zu vermeiden.
- 1.7. Zur Stärkung nutzerfreundlicher Prozesse für die Hilfesuchenden und zur Entlastung der Terminservicestellen prüfen wir außerdem Möglichkeiten, wie perspektivisch digital gestützte Zugangswege neben der telefonischen Kontaktaufnahme zur TSS über die Rufnummer 116117 geschaffen werden können.
- 1.8. Daneben vermitteln die TSS Akutpatientinnen und -patienten weiterhin vorrangig in die vertragsärztliche Versorgung sowie im Bedarfsfall in die aufsuchende Versorgung.
- 1.9. Zur Förderung der Sicherstellung dieser Strukturen der TSS werden zusätzliche Mittel durch die Gesetzliche Krankenversicherung und die KVen über eine pauschale Vorhaltefinanzierung im § 105 Absatz 1b SGB V bereitgestellt.

2. Stärkung einer bundesweit einheitlichen notdienstlichen Akutversorgung der KVen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages in § 75 Abs. 1 b SGB V

- 2.1. Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden die KVen verpflichtet, 24/7 eine telemedizinische Versorgung (telefonisch oder per Videoanruf, einschließlich einer kinder- und jugendärztlichen Versorgung) sowie 24/7 eine aufsuchende Versorgung insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten bereitzustellen. Ergänzend werden die KVen verpflichtet, sich an flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren (INZ) zu beteiligen. Soweit es die Kapazitäten zulassen gilt dies auch für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ).
- 2.2. Den KVen wird gesetzlich ermöglicht, den aufsuchenden Dienst durch die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichem Personal oder durch Kooperationen mit dem Rettungsdienst (Gemeindenotfallsanitäter) zu entlasten. Die ärztliche Kompetenz wird durch eine telemedizinische Anbindung dieser Dienste sichergestellt.
- 2.3. Die KVen sollen sicherstellen, dass die offenen Sprechstunden, die bestimmte Facharztgruppen gemäß Bundesmantelvertrag anbieten und an die TSS melden müssen, möglichst gleichmäßig über die Woche verteilt zur Verfügung stehen, um Hilfesuchenden mit akutem Behandlungsbedarf während der Sprechstundenzeiten eine geeignete Versorgung in vertragsärztlichen Praxen anbieten zu können.
- 2.4. Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages trägt zum einem zu einer bundesweit einheitlichen Qualität der notdienstlichen Akutversorgung bei. Zum anderen ermöglicht dies den Ländern, diese Versorgung im Rahmen der Rechtsaufsicht stärker einzufordern.

3. Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ) bzw. Integrierter Kindernotfallzentren (KINZ) als sektorenübergreifende Behandlungsstruktur

- 3.1. Integrierte Notfallzentren werden flächendeckend, Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) soweit es die Kapazitäten zulassen, etabliert. INZ und KINZ bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Bereits bestehende Strukturen der KV und des Krankenhauses werden unmittelbar in diese überführt. Die KV-Notdienstpraxis muss in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme sein, Ziel ist perspektivisch die Integration in deren Räumlichkeiten. In INZ bzw. KINZ arbeiten Krankenhäuser und KVen verbindlich

so zusammen, dass immer eine bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung bereitgestellt werden kann.

- 3.2. Die Kooperationspartner am INZ bzw. KINZ (Krankenhausträger und KVen) schließen eine Vereinbarung mit gesetzlich vorgegebenen Inhalten. Die Bereiche des INZ bzw. KINZ sind digital zu vernetzen, damit eine medienbruchfreie Weitergabe von Daten der Hilfesuchenden möglich ist. Die Spezifikation, Entwicklung und verbindliche Festlegung der hierfür notwendigen Datenmodelle, Standards und Schnittstellen erfolgt unter Berücksichtigung bestehender Interoperabilitätsprozesse nach § 385ff. SGB V (neu nach DigiG).
- 3.3. Wesentliches Element ist eine zentrale Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“), über welche die Hilfesuchenden der richtigen INZ- bzw. KINZ-Struktur (Notdienstpraxis oder Notaufnahme) zugewiesen werden. Die Verantwortung für die Einrichtung der zentralen Ersteinschätzungsstelle obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus. Abweichende Vereinbarungen sind möglich. Für den Betrieb der zentralen Ersteinschätzungsstelle wird eine gesonderte fallbezogene Vergütung im EBM vorgesehen.
- 3.4. Zu gesetzlich festgelegten Zeiten (Wochenende/Feiertage: 9 Uhr bis 21 Uhr, Mittwoch/Freitag: 14 Uhr bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 Uhr bis 21 Uhr) besetzt die KV eine Notdienstpraxis im INZ bzw. KINZ. Längere Besetzungszeiten sind möglich. Verkürzungen der Öffnungszeiten sind im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen Notaufnahme und Notdienstpraxis möglich, wenn empirisch nachgewiesen wird, dass eine Öffnung auf Grund geringer Inanspruchnahme unwirtschaftlich ist. Die Landesaufsicht ist entsprechend zu informieren. Die Kooperationsvereinbarung soll Regelungen enthalten für den Fall, dass die Notdienstpraxis die vorgegebenen Öffnungszeiten nicht einhält.
- 3.5. Wenn innerhalb der Sprechstundenzeiten in den vertragsärztlichen Praxen eine Notdienstpraxis nicht geöffnet hat, soll die notdienstliche Akutversorgung auch durch eng an das INZ bzw. KINZ angebundene Kooperationspraxen abgedeckt werden. Zur Förderung dieser Kooperationen soll den Kassenärztlichen Vereinigungen die Schaffung monetärer Anreize ermöglicht werden. Allein auf der Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens soll eine Weiterleitung in die Kooperationspraxen nur in engen Ausnahmen ermöglicht werden.
- 3.6. Wenn während der Sprechstundenzeiten der vertragsärztlichen Praxen keine Zusammenarbeit mit einer Kooperationspraxis besteht und wenn außerhalb der Sprechstundenzeiten die Notdienstpraxis nicht geöffnet hat (Nacht), übernimmt die Notaufnahme des Krankenhauses die notdienstliche Akutversorgung.

- 3.7. Die INZ- und KINZ-Standorte werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben in einem Landesgremium innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten festgelegt („erweiterter Landesausschuss“). Im Falle nicht fristgemäßer Einigung entscheidet das jeweilige Land über die Standortfestlegung.
- 3.8. Der G-BA wird beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität, insbesondere an die technische oder personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vorzugeben sowie Vorgaben zur Durchführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zur Steuerung der Hilfesuchenden im Rahmen der INZ- und KINZ-Strukturen zu beschließen. So wird eine bundesweit einheitliche Qualität der Notdienstpraxen erreicht und der bisherige Auftrag an den G-BA nach § 120 Abs. 3b SGB V an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst. Die Richtlinie muss mit den Vorgaben für ein gestuftes System der Notfallstrukturen und der im Rahmen der Krankenhausreform geplanten Leistungsgruppe Notfallmedizin abgestimmt sein.
- 3.9. Wo die Einrichtung von KINZ z.B. aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist, sollen INZ eine telemedizinische Unterstützung durch Kinderärztinnen und -ärzte gewährleisten (z.B. durch kooperierende KINZ).
- 3.10. Über eine digitale Vernetzung mit der TSS erhalten die INZ und KINZ die Möglichkeit, den Patientinnen und Patienten nach einer erfolgten Erstversorgung geeignete Termine zur Weiterbehandlung in der Regelversorgung anzubieten.
- 3.11. An INZ- und KINZ Standorten soll auch die Abgabe von kurzfristig benötigten Arzneimitteln insbesondere durch am oder im INZ bzw. KINZ angesiedelte Apothekenstandorte zu den Öffnungszeiten der Notdienstpraxis verbessert werden. Den INZ bzw. KINZ wird dazu eine Kooperationsvereinbarung mit Apotheken ermöglicht. Soweit keine Kooperation umgesetzt werden kann, sollen aus der Notfallpraxis am INZ bzw. KINZ Arzneimittel in eng begrenzter Menge zur Überbrückung mitgegeben werden können.
- 3.12. Der Notaufnahme und der Notdienstpraxis eines INZ bzw. KINZ sowie dem aufsuchenden Notdienst soll auch eine Krankschreibung ermöglicht werden, damit ein gesonderter Besuch in der Hausarztpraxis ausschließlich zu diesem Zweck zukünftig nicht mehr notwendig ist.

Reform des Rettungsdienstes

Die oben dargestellte Reform der Notfallversorgung muss in einem weiteren Schritt zwingend durch die Reform des Rettungsdienstes ergänzt werden, um diesen in das Gesundheitssystem

einzugliedern und so die Vernetzung aller drei Versorgungsbereiche zu erreichen. Schwerpunktmäßig umfasst dies folgende Themen:

- Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständigen Leistungsbereich in das SGB V
- Vernetzung des Rettungsdienstes mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur (z.B. Kommunikation im Medizinwesen (KIM), Telematikinfrastruktur Messenger (TIM))
- Digitalisierung der entsprechenden Prozesse, um im Gesamtsystem der Notfallversorgung eine schnelle abgestimmte Versorgungskette ohne Schnittstellenverluste zu erreichen
- Zugriff des Rettungsdienstes auf die elektronische Patientenakte bzw. die Patientenkurzakte
- Festlegung eines Prozesses zur Entwicklung von bundesweiten (Rahmen-)Vorgaben für die Leistungserbringung der Rettungsdienste unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder
- Stärkung der Vergütungstransparenz
- Alternative Einsatzdienste für Leitstellen durch Kooperationsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit von Rettungsdiensten und KVen mit Pflege, Sozialdiensten und psychiatrischer Krisenintervention