

Eckpunkte einer Reform der Notfallversorgung

Stand: Januar 2024

Präambel

Das Gesundheitssystem ist insgesamt überlastet, davon ist auch die Notfallversorgung betroffen. Aus diesem Grund sehen die an der Notfallversorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte dringenden Handlungsbedarf und haben das vorliegende Positionspapier erarbeitet.

Voraussetzung für eine sinnvolle Reform der Notfallversorgung ist ein klares Verständnis der Ziele und Funktionen dieses Versorgungsbereiches unter Berücksichtigung der Perspektive aller beteiligten Versorgungsbereiche. Dringend gebotene Hilfe darf nicht verweigert werden. Allerdings ist die Zahl derer steigend, die keine dringende Behandlung brauchen. Die Anlaufstellen der ambulanten und stationären Notfallversorgung müssen verschiedenste Defizite in der Versorgung der Bevölkerung auffangen und erreichen zunehmend selbst die Grenzen des Leistbaren. Deshalb ist es eine der wesentlichen Herausforderungen, niederschwellige Angebote für all diejenigen Fälle abzusichern, die nicht zeitkritisch sind und ambulant gut versorgt werden können.

Gemeinsame Eckpunkte

- Es ist mehr Steuerung in der Versorgung von ambulanten Notfällen erforderlich, um die begrenzten Ressourcen in der Versorgung effizient zu nutzen. Strukturreformen im ambulanten und stationären Bereich sowie im Rettungsdienst bilden die Voraussetzung für eine sinnvolle Steuerung, müssen aber letztlich auch durch alle Beteiligten einschließlich der Patientinnen und Patienten im Sinne eines solidarischen Gesamtsystems gelebt werden. Hierfür ist eine entsprechende öffentliche Kommunikation (Kampagne) erforderlich.
- Unabhängig vom Ort des Erstkontaktes (telefonisch 116 117 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. Voraussetzung für eine funktionelle Versorgung von Notfällen ist eine sektorenübergreifende, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen schnellstmögliche Vermittlung der betroffenen Patientinnen und Patienten in die für sie beste Versorgungsebene. Niederschwellige 24/7-erreichbare Orientierungsangebote für Patientinnen und Patienten sind Voraussetzung für eine solche Lenkung.

- Der zentrale Baustein zur Zuordnung der erforderlichen Ressourcen ist die Ersteinschätzung von Patientinnen und Patienten, die wissenschaftlich validiert sein muss und die Zuordnung zur geeigneten Versorgungsebene verbindlich gewährleistet. Zwingend notwendig sind dabei einheitliche oder bruchfrei interoperable IT-gestützte Systeme, die durchgängige Informationsketten sicherstellen und die Vermittlung eines verbindlichen Versorgungsangebotes für die Patientinnen und Patienten, bezogen auf den jeweiligen Versorgungsanlass, unterstützen.
- Patientinnen und Patienten sollen primär – soweit möglich – den telefonischen Erstkontakt über die 116 117 in Anspruch nehmen. 112- und 116 117-Leitstellen sind in Echtzeit miteinander zu vernetzen oder zu integrieren. Über räumliche Zusammenlegungen in eine Leitstelle ist regional zu entscheiden. Die technisch oder räumlich verbundenen Leitstellen (Verknüpfung der Rettungsnummer 112 und der 116 117) steuern den Zugang zur Notfallversorgung unter Nutzung einer standardisierten Ersteinschätzung telefonisch bzw. mittels Online-Fragebögen. Auch hier gilt die Notwendigkeit für interoperable IT-Systeme zur bruchfreien Datenweitergabe. Die Leitstelle muss ohne relevante Wartezeit erreichbar und qualifiziert besetzt sein, um die Hilfesuchenden verbindlich und zeitnah in die geeignete Versorgungsebene und -form zu lenken. Hierzu bedarf es einer Neuaufstellung der benötigten Finanzmittel.
- Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in der ambulanten Notfallversorgung erfordert ein arbeitsteiliges Vorgehen aller an der ambulanten Notfallversorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Auch aufgrund des Fachkräftemangel ist eine Versorgungsfokussierung auf gut erreichbare, personell und materiell angemessen ausgestattete Leistungsorte unter Berücksichtigung einer qualitativ hochwertigen Versorgung erforderlich. Diese Leistungsorte können auch Integrierte Notfallzentren sein. Der Ressourceneinsatz und die ärztliche Besetzung richten sich nach regionalen Erfordernissen und der tatsächlichen Inanspruchnahme und kann je nach Bedarf unterschiedlich geregelt sein.
- Am Krankenhaus gibt es eine Anlaufstelle („gemeinsamer Tresen“) für ambulante Notfälle. Hier wird die Ersteinschätzung zunächst hinsichtlich vitaler Gefährdung und nachfolgend hinsichtlich von Zeitpunkt und Ort der Versorgung durchgeführt. In Abhängigkeit vom Ergebnis der Ersteinschätzung erfolgt ein ärztlicher Kontakt, entweder durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, niedergelassene (Kooperations)Praxen oder durch Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses.

- Das Hand-in-Hand-Arbeiten beider Sektoren am Patienten vor Ort muss systematisch unterstützt werden. Das heißt, die erforderlichen Informationen und Daten der Patientinnen und Patienten müssen über technische Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungsebenen und Sektoren problemlos ausgetauscht werden. Fundament für den technischen Austausch bildet die gemeinsame Telematikinfrastuktur und ihre Anwendungen (ePA).
- Die Inanspruchnahme der Notfallversorgung oder der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt nicht selten auch zur Lösung von Problemen, die nicht vordringlich medizinisch begründet sind. Um die ambulante Notfallversorgung zielgerichtet leisten zu können, dürfen andere Angebote der Daseinsvorsorge (z. B. Krisendienste, kommunale Daseinsvorsorge) nicht weiter reduziert werden.
- Die (Vorhalte-)Finanzierung insbesondere der ambulanten Notfallversorgung ist derzeit nicht adäquat abgebildet und bedarf der dringenden Reform.

Kritische Punkte in der „Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“

Insbesondere die folgenden Forderungen der „Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“ widersprechen unseren vorgenannten Eckpunkten und werden von uns nicht mitgetragen.

- Integrierte Leitstelle (ILS): Der Begriff der integrierten Leitstelle ist für die Integration von Gefahrenabwehr und medizinischer Versorgung vorgesehen und einschlägig definiert. Die in den Empfehlungen geforderte „leistungsfähige, rund um die Uhr erreichbare allgemeinärztliche und kinderärztliche telemedizinische Beratung bzw. Videosprechstunde durch die Leitstellen“ ist weder erforderlich noch kann sie gewährleistet werden. Die empfohlene Verordnung von Notfallmedikation durch Leitstellen ist medizinisch umstritten und ggf. zu erproben.
- Die Implementierung einer eigenständigen wohnortnahen pflegerischen Notfallversorgung kann nur in einem klaren Rahmen unter Vermeidung zusätzlicher Schnittstellen und Abstimmungsbedarfe erfolgen.

- Der geforderte umfangreiche Ausbau der KV-Notdienstpraxen ist angesichts der knappen ärztlichen und nichtärztlichen Personalressourcen nicht leistbar und in der Regel auch nicht erforderlich. Der vertragsärztlichen Versorgung dürfen keine weiteren Ressourcen entzogen werden. Ein Betrieb von KV-Notdienstpraxen zu regulären Öffnungszeiten der regionalen Praxen muss konkret durch regionale Bedarfe begründet sein. Wenn dem Praxisbetrieb Ärztinnen und Ärzte entzogen werden, folgt daraus eine quantitativ reduzierte Patientenversorgung.
- Die ärztliche Besetzung am gemeinsamen Tresen sowie im aufsuchenden Bereitschaftsdienst können nicht ausschließlich durch Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin oder Anästhesie bzw. durch Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzweiterbildung der klinischen Akut- und Notfallmedizin erfolgen. Hierfür reichen die bestehenden personellen Ressourcen weder ambulant noch stationär aus.
- Der geforderte Ausbau des aufsuchenden Bereitschaftsdienstes zu einem flächendeckenden 24/7-Angebot ist weder medizinisch erforderlich noch mit Blick auf den effizienten Einsatz der begrenzten personellen Ressourcen sinnvoll. Gerade zu regulären Sprechzeiten erfolgt die aufsuchende Behandlung auch über Hausbesuche.
- Eine gesonderte elektronische Behandlungsakte für die Notfall- und Akutversorgung ist in keiner Weise erforderlich und würde den Aufbau unnötiger Parallelstrukturen bedeuten. Mit der elektronischen Patientenakte wird zeitnah die für den Austausch von Daten und Behandlungsinformationen erforderliche Infrastruktur zur Verfügung stehen. Ggf. sind besondere Anwendungen oder Ansichten auf die Daten erforderlich, die aber z. B. mit der geplanten Patienten-Kurzakte hohe Kongruenz aufweisen sollten.
- Die Einführung eines zusätzlichen Facharzttitels Notfallmedizin ist weder medizinisch zwingend erforderlich noch leitet sich dessen Notwendigkeit aus den Strukturen und Prozessen der Notfallversorgung ab.