

Notfallversorgung zukunftssicher gestalten

Vortrag auf dem 6. Symposium „Rettungswesen“
in Dortmund am 14. Juni 2023

– Thesenpapier –

- **Notdienst ressourcenorientiert und kooperativ gestalten:** die niedergelassenen Vertragsärzte versorgen sowohl zu den regulären Praxisöffnungszeiten (196 Mio. Fälle/Jahr) als im ärztlichen Bereitschaftsdienst (1,2 Mio. Fälle/Jahr) einen Großteil der ambulanten Akutfälle. Aufgrund der hohen Inanspruchnahme gilt es zielgerecht Patienten zu steuern, um das System nicht zu überlasten.
- **Notdienst muss ausreichend finanziert werden: Finanzierung der Vorhaltestrukturen in der Regelversorgung wie auch im ambulanten Notdienst erforderlich:** Krankenhäusern werden die Vorhaltekosten für ihre Notfallversorgungsstrukturen erstattet, während der ärztliche Bereitschaftsdienst nur leistungsfallabhängig vergütet und aktuell über die ausschließlich von der niedergelassenen Ärzteschaft finanziert wird (nicht im EBM abgebildet). Dies ist bei den enormen gestiegenen Kosten der Notdienste nicht zu leisten und benachteiligt das ambulante System auch im Hinblick auf die Nachwuchsgewinnung.
- **Auch die Finanzierung der 116117 muss zu 100 % von den Krankenkassen finanziert werden,** diese für die Allgemeinheit eingerichtete Hotline muss ebenso wie die 112 auch von dieser bezahlt werden.
- **Ressourcenorientierte Inanspruchnahme gelingt nur durch eine gesteuerte Inanspruchnahme der jeweils erforderlichen Versorgungsebene: die Zuordnung zur richtigen Versorgungsebene muss in Zukunft stärker auch durch Weiterentwicklung des Ersteinschätzungssystems verbessert werden:** Es werden immer noch 23 % (4,4 Mio./Jahr) aller ambulanten Notfälle während der Sprechstundenzeiten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt. Dies bindet wertvolle Ressourcen, die an andere Stelle benötigt werden. Ziel muss eine zwischen den Sektoren kooperativ gestaltete Versorgung sein, die es auch den Krankenhäusern ermöglichen muss, den Patienten, der ins ambulante System gehört, dorthin „zurück“ zusteuern. Eine Möglichkeit hierfür sind Praxen, die während der Öffnungszeiten mit den Krankenhäusern kooperieren oder Portalpraxen während der Sprechstundenfreien Zeiten.
- **Mit der Einrichtung der Portalpraxen und dem sog. „Ein-Tresen-Modell“ haben wir in NRW schon einen elementaren Beitrag zu einer besseren und strukturierten Notfallversorgung leisten können.** Die Portalpraxen haben sich hier in NRW als zentrale Anlaufstellen etabliert und führen mit ihrem strukturierten Ersteinschätzungssystem dazu, dass Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsform geleitet werden. Für den Erhalt dieser etablierten und bewährten Strukturen sollten wir uns alle auch in Zukunft stark machen. Der Plan der Regierungskommission, Notdienstpraxen 24/7 vorzuhalten, ist weder personell

zu stemmen noch sinnvoll. Denn der Notdienst ist für die Zeiten außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der vertragsärztlichen Praxen gesetzlich als Überbrückungsversorgung konzipiert. während der Öffnungszeiten der Praxen müssen die Patienten dem „normalen“ vertragsärztlichen System zugeführt werden können. Für den Aufbau von Doppelstrukturen fehlen die personellen und finanziellen Ressourcen.

- **Die Etablierung eines strukturierten, transparenten und diskriminierungsfreien Ersteinschätzungsverfahrens** ist ein wesentlicher Schritt für eine bessere Steuerung von Patientinnen und Patienten im Notfallwesen, damit diese unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsbedarfs unter Wahrung der Patientensicherheit gelenkt werden können. Dieses Ersteinschätzungsverfahren soll laut Regierungskommission bei den Integrierten Leitstellen (ILS) genutzt werden, an denen die KVen maßgeblich beteiligt sind. Im Hinblick auf den gesetzlichen Auftrag an den G-BA für eine Ersteinschätzungsrichtlinie sollte hier ressourcenschonend gearbeitet und von diesem Vorhaben Abstand genommen werden.
- **Gute Unterstützung bei der Ersteinschätzung können digitale bzw. telemedizinische Assistenzsysteme bezüglich strukturierter Abfragen bieten** und zudem Handlungssicherheit schaffen (bspw. SmED). Ziel muss ein gestuftes Vorgehen sein, das nach dem telefonischen/digitalen Erstkontakt über die 116117 in diese digitalen/telemedizinischen Konzepte überleitet und somit neben den originären Behandlungspfaden Portalpraxis/Hausbesuch auch eine Videosprechstunde angeboten werden kann.
- **Auch Integrierte Leitstellen (ILS) können eine wichtige Lotsenfunktion im Rahmen der Notfallversorgung übernehmen**, indem sie den lokalen Rettungsdienst entlasten und Steuerungsfunktionen übernehmen. Hierzu haben die KV Nordrhein und die Integrierte Leitstelle der Berufsfeuerwehr der Stadt Köln ein Modellprojekt zur besseren Patientensteuerung im Notfalldienst gestartet. Dabei hat sich bewährt, dass die Trennung der Leitstellen (112 und 116117) bleibt, diese aber durch feste Strukturen im Bedarfsfall technisch und inhaltlich miteinander vernetzt sind. Der Vorschlag der Regierungskommission, es den KVen und ILS zu überlassen, ob eine Zusammenlegung zu gleichen Strukturen oder Nutzung von festen Strukturen erfolgt, wird daher ausdrücklich begrüßt. Damit die Steuerung insbesondere an der Schnittstelle von der 112-Leitstelle zum ärztlichen Bereitschaftsdienst noch besser funktionieren kann, muss die Erreichbarkeit der 116117 zu jeder Zeit sichergestellt sein. Das ist auch ein wichtiges Anliegen der KV Nordrhein, funktioniert aber nur mit mehr Personal und ist mit hohen Kosten verbunden, an denen auch die Krankenkassen beteiligt werden müssen. Deshalb sind etwaige Sanktionen, die von der Regierungskommission in Erwägung gezogen werden, aus unserer Sicht auch nicht zielführend.
- Für die ILS empfiehlt die Regierungskommission die Kooperation mit Online-Dolmetschdiensten. Solche Möglichkeiten sollten nicht nur für die Entgegennahme eines Notfalls bestehen, sondern auch während der Behandlung (Notfallpraxis, Fahrdienst). Sprachbarrieren stellen, insbesondere zur Abschätzung von Akutsituationen, eine große Herausforderung dar.
- Flankierend können Aufklärungskampagnen seitens der Ministerien über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten zu **mehr Orientierungskompetenz der Patientinnen und Patienten in der Notfallversorgung** und damit zu einer besseren Steuerung führen. Dass die ambulante Notfallversorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft sichergestellt ist und die ärztlichen Bereitschaftsdienste die Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten übernehmen, hat sich offensichtlich immer noch nicht ausreichend herumgesprochen. Auch hier zeigt sich, dass es maßgeblich auf die Patientensteuerung ankommen wird.
- Der Vorschlag, als Steuerungselement eine Notfallgebühr einzuführen, wenn sich Hilfesuchende direkt in eine Notaufnahme begeben, ohne vorher den Weg über die ILS zur Terminvergabe und ohne Erforderlichkeit gegangen zu sein, ist nicht zielführend und wird kein gutes gestuftes System ersetzen können. Das Steuerungselement der Sanktion sollte stets Ultima

Ratio sein. Priorität haben v.a. aufklärende Elemente. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit Sprachbarriere oder mit wirtschaftlicher Knappheit dürfen nicht aus Sorge vor Sanktionen vor der Diagnostik einer ggf. lebensbedrohlichen Erkrankung abgehalten werden.