

## **Marburger Bund Bundesverband: Bewertung der BMG-Eckpunkte für eine Notfallreform**

Am 16. Januar 2024 hat der Bundesgesundheitsminister Eckpunkte für eine Reform der ambulanten Notfallversorgung veröffentlicht. Zentrale Inhalte sind ein Ausbau der ambulanten Versorgung von medizinischen Notfällen und eine Konkretisierung der Erreichbarkeit von Ärzten außerhalb der üblichen Sprechzeiten, konkrete Vorgaben für telemedizinische Angebote und Hausbesuche, eine verpflichtende Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen sowie eine engere Kooperation von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Krankenhäusern.

Um Patientinnen und Patienten im Notfall gleich an die richtigen Strukturen zur Behandlung weiterzuleiten, sollen flächendeckend Integrierte Notfallzentren (INZ) sowie Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden. INZ und KINZ bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“) und einer KV-Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe, heißt es in den Eckpunkten.

Das Eckpunktepapier beinhaltet aus unserer Sicht gute Ansätze, die allerdings in der konkreten Ausgestaltung noch weitgehend offen sind. So ist die Steuerung der Patienten durch die beabsichtigten Strukturen unklar. Dies muss aber aus unserer Sicht ein entscheidender Inhalt der Reform sein. Auch ist die Realisierung der angedachten Strukturen angesichts der erforderlichen Personalausstattung fraglich.

### **Vorschläge des Marburger Bundes**

Wie eine sinnvolle Patientensteuerung aussehen kann, haben wir in mehreren Positionspapieren dargestellt.

Die Strukturen der Notfallversorgung müssen so gestaltet sein, dass Patientinnen und Patienten rund um die Uhr die Versorgung erhalten, die sie im Einzelfall tatsächlich brauchen. Diese Verlässlichkeit ist ein Gebot der staatlichen Daseinsfürsorge und Grundlage des ärztlichen Sicherstellungsauftrags. Dafür müssen die Strukturen besser aufeinander abgestimmt werden

Es gibt viele gute Beispiele für eine integrierte Notfallversorgung, wo die Notaufnahme des Krankenhauses und die ambulante Notdienstpraxis eine Behandlung aus einer Hand gewährleisten. Gemeinsame Anlaufstellen und ein koordiniertes Vorgehen der Beteiligten können die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten und eine medizinisch sinnvolle Inanspruchnahme der Notfallversorgung im Sinne der Patienten fördern.

Dieser Weg muss weiter beschritten werden, um doppelte Inanspruchnahmen zu vermeiden, die nicht nur Mehraufwand bedeuten, sondern zusätzliches Personal binden, das vielerorts schon jetzt überlastet ist.

Schließlich müssen die Einbeziehung des Rettungsdienstes und eine lückenlose Datenübermittlung Bestandteil der Notfallreform sein.

In dem angekündigten Referentenentwurf müssen insbesondere Detailregelungen zu folgenden Punkten erfolgen:

## **Klare Zuständigkeiten und verlässliche Strukturen**

Die Notfallversorgung muss gerecht verteilt werden. Das heißt, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung beteiligen, so wie es die Berufsordnungen vorsehen.

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.

Ziel muss es sein, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern so zu entlasten, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sich um Patienten kümmern können, die auch wirklich eine Behandlung durch das Krankenhaus benötigen.

Zugleich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen, dass hilfeschende Patienten bei Bedarf wohnortnah eine ambulante Versorgung auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten erhalten.

## **Standorte Integrierte Notfallzentren (INZ)**

*„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.“ (Ziffer 3.7)*

Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen flächendeckend etabliert werden, bestehende Strukturen von KVen sowie Krankenhäusern sollen erhalten, aber in die neue Struktur überführt werden.

Bei einer „flächendeckenden“ Ausstattung mit INZ liegen die Vorstellungen weit auseinander: Lauterbach nennt ein INZ pro 400.000 Einwohner (= 207 INZ in Deutschland), die Regierungskommission erachtete 450 INZ, der GKV-Spitzenverband 730 und die DKG 1200 INZ (=alle Krankenhäuser mit einer Notfallstufe) für erforderlich.

Ein INZ pro 400.000 Einwohner würde bedeuten, dass beispielsweise Städte wie Bochum, Bonn, Chemnitz, Erfurt, Freiburg oder Münster kein INZ zur Versorgung der Bevölkerung hätten.

450 INZ hieße etwa ein INZ pro 185.000 Einwohner. Das würde bedeuten, dass beispielsweise Städte wie Darmstadt, Heidelberg, Leverkusen, Osnabrück oder Potsdam kein INZ zur Versorgung der Bevölkerung hätten.

Auch in großen Flächenländern würde mit diesen Maßstäben die Notfallversorgung nicht mehr gewährleistet werden können, wenn INZ nur nach der Einwohnerzahl bemessen würden.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass diese Berechnungsgrundlagen nicht tauglich sein können, um eine qualitativ hochwertige Versorgung im Notfall sicherzustellen.

Entscheidend wird neben der Anzahl sein, nach welchen Kriterien und Verfahren die INZ-Standorte festgelegt werden sollen und welche Rolle die Notfallstufen nach GBA-Kriterien spielen. In dem Zusammenhang ist auch festzulegen, wie die bereits bestehenden über 550 Notdienstpraxen an Krankenhäusern integriert werden sollen. Ebenso muss geregelt werden, wie eine ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern erfolgen soll, die kein INZ haben.

## Besetzung Notdienstpraxis im INZ

*„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.“ (Ziffer 3.4)*

Wir begrüßen, dass das Eckpunktepapier hinsichtlich der Öffnungszeiten von den Empfehlungen der Regierungskommission abweichen und begrüßen insbesondere die Möglichkeit der Einbeziehung der regionalen Versorgungsbedarfe.

Auch aufgrund des Fachkräftemangel ist eine Versorgungsfokussierung auf gut erreichbare, personell und materiell angemessen ausgestattete Leistungsorte unter Berücksichtigung einer qualitativ hochwertigen Versorgung erforderlich.

## Steuerung durch standardisierte Ersteinschätzungsverfahren

*„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.“ (Ziffer 3.8)*

Eine Anpassung des G-BA Auftrags halten wir mit Blick auf die beanstandete Richtlinie des G-BA für erforderlich. Dies betrifft aus unserer Sicht insbesondere die Voraussetzungen für den Einsatz eines Ersteinschätzungsverfahrens am Gemeinsamen Tresen.

Der zentrale Baustein zur Zuordnung der erforderlichen Ressourcen soll die Ersteinschätzung von Patientinnen und Patienten sein. Ein solches Instrument der Zuordnung muss **wissenschaftlich validiert** sein und die Zuordnung zur geeigneten Versorgungsebene verbindlich gewährleisten. Dies gilt für die telefonische Ersteinschätzung wie für die Ersteinschätzung am „gemeinsamen Tresen“.

Soweit möglich, soll der telefonische Erstkontakt über die 116 117 in Anspruch genommen werden. Sinnvoll ist dort ebenso wie in den Rettungsleitstellen der Einsatz von standardisierten und validierten Ersteinschätzungssystemen. Dazu sind 112- und 116 117-Leitstellen in Echtzeit miteinander zu vernetzen oder zu integrieren. Hierdurch lässt sich eine sinnvolle Patientensteuerung erreichen und der Einsatz von notwendiger Versorgung des Patienten planen und festlegen. Entscheidend ist, dass die erhobenen Daten allen Ärztinnen und Ärzten die in die weitere Versorgung dieses Notfallpatienten einbezogen werden müssen auch zur Verfügung stehen. Im Zweifelsfall muss immer die nächst höhere Versorgungsebene gewählt werden.

Am Krankenhaus ist die Notaufnahme bzw. der Gemeinsame Tresen die Anlaufstelle für ambulante Notfälle. Hier wird die Ersteinschätzung zunächst hinsichtlich vitaler Gefährdung und nachfolgend hinsichtlich des Zeitpunktes und Ortes der Versorgung durchgeführt. Dazu werden bereits heute zuverlässig anwendbare und wissenschaftlich validierte Instrumente zur Ersteinschätzung eingesetzt, die die Behandlungsdringlichkeit des Patienten einschätzen. Sollte ein Patient hier als nicht dringlich eingeschätzt werden und es hat zuvor keine telefonische Ersteinschätzung stattgefunden, sollte diese dann nachgeholt werden. Ob der erneute Einsatz des weitgehend gleichen telefonischen Ersteinschätzungssystems vor Ort in der Notaufnahme einen weiteren Vorteil ergibt, ist aus unserer Sicht fraglich. Hinweisen möchten wir in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse des vom Innovationsausschuss geförderten DEMAND-Projektes, die am 19.01.2024 veröffentlicht wurden. In jedem Fall muss auch hier der Einsatz eines wissenschaftlich validierten Systems gewährleistet sein.

Zu klären ist die grundsätzliche Frage, ob in der Notaufnahme oder an einem gemeinsamen Tresen die Festlegung der Versorgungsebene allein auf Grundlage eines wissenschaftlich validierten Ersteinschätzungsverfahrens ohne Ärztinnen/Ärzte getroffen werden darf. Dies ist nach den Grundsätzen der Rechtsprechung zum Haftungsrecht durchaus fraglich. Der Marburger Bund und der Ärztetag hatten auch deswegen eine bereits im GVWG angedachte Weiterleitung eines Patienten in die häusliche Struktur ohne vorherigen Arztkontakt abgelehnt.

Auch hierzu verweisen wir auf die Ergebnisse des DEMAND Projektes.

Die Anwendung am „Gemeinsamen Tresen“ wird als noch nicht ausgereift gesehen und weiterer Forschungsbedarf auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse postuliert (siehe Seite 37 des Ergebnisberichtes). In der Anwendungsstudie wurden Effekte auf die Gefährdung der Patientensicherheit (z.B. mittels CIRS) nicht explizit untersucht.

Im Ergebnisbericht wird zudem angeregt, Erkenntnisse weiterer in Deutschland erprobter durch den Innovationsfonds geförderter Ansätze zur verbesserten Steuerung der Notfallpatientenströme einzubeziehen – wie z. B. OPTINOFA (01NVF17035). Weitere Erkenntnisse zur strukturierten Ersteinschätzung in der ambulanten Notfallversorgung seien darüber hinaus durch das vom Innovationsausschuss geförderte Projekt FAST (01VSF220280) zu erwarten.

### **Krankenhausreform**

Die Notfallreform muss mit der Krankenhausreform koordiniert werden, insbesondere mit Blick auf die Standorte für INZ. Es muss sichergestellt sein, dass diese Krankenhäuser auch weiterhin in der Versorgung bleiben.

Darüber hinaus muss bei Konzentrationsprozessen die Erreichbarkeit der Notfallversorgung gewährleistet bleiben. Das gilt insbesondere für die Notfallversorgung in der Fläche.

Die Vorhaltefinanzierung muss auch die notwendigen Strukturen für ein INZ am Krankenhaus berücksichtigen.

Berlin, 24. April 2024