

Gütekriterien für eine gemeinsame Anlaufstelle in der Notfallversorgung - Juni 2019

## Eine gemeinsame Anlaufstelle für die Akut- und Notfallversorgung in Deutschland

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Marburger Bund haben ein Konzept zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt, das zentrale medizinische Anlaufstellen am Krankenhaus für alle ambulanten Patientinnen und Patienten in Deutschland vorsieht. Im Zuge der weiteren Konkretisierung des Konzepts erfolgt in diesem Dokument die nähere Beschreibung der notwendigen Strukturen und Abläufe von Anlaufstellen.

Hauptaugenmerk dieses gemeinsamen Papiers ist die Einrichtung von Anlaufstellen am Krankenhaus, die die vertiefte Integration und Kooperation der vertragsärztlichen und stationären Notfallversorgung in Deutschland im Sinne einer gelebten intersektoralen Zusammenarbeit im Gegensatz zur Schaffung eines eigenständigen Sektors sicherstellt.

Patientinnen und Patienten sollen unabhängig vom Ort des Erstkontaktes (telefonisch 116117 oder an der gemeinsamen medizinischen Anlaufstelle) in die für sie erforderliche medizinische Versorgung weitergeleitet werden. Dabei gilt - wenn immer dies möglich ist - der Grundsatz ambulant vor stationär.

- „Ambulante Akutversorgung“ für alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Behandlung akut notwendig ist und die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit den Mitteln der Versorgung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes an der Anlaufstelle erbracht werden können.
- „Klinische Notfallversorgung“ für alle Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf, deren Behandlung wegen des Umfangs der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nur mit den Mitteln des Krankenhauses erbracht werden kann. Dies bezieht sowohl die Patientinnen und Patienten ein, die nachfolgend stationär verbleiben, als auch diejenigen, die ambulant behandelt werden können.

In diesen Fällen können bundeseinheitliche Regelungen die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, um in einzurichtenden Anlaufstellen am Krankenhaus die Versorgung zielgerichtet zu steuern und gleichzeitig die Ressourcen der medizinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl im stationären als auch vertragsärztlichen Bereich optimal einzusetzen.

Um die Notaufnahmen zu entlasten, sollen Patientinnen und Patienten schnell und unkompliziert in die vertragsärztliche Regelversorgung geleitet werden können. Der Vermittlung von zeitnahen

Terminen über die Terminservicestelle, auch in den fachärztlichen Bereich, kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Durch den Ausbau der deutschlandweiten Rufnummer 116117, Verknüpfung mit der Rufnummer 112 sowie unterstützenden Onlineangeboten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird die notwendige Struktur etabliert, um eine Weiterleitung und schnelle Terminvergabe zu ermöglichen.

### **Gemeinsame Anlaufstelle**

Anlaufstelle im Sinne dieses gemeinsamen Papiers ist die Organisation einer zentralen Kontaktstelle von Vertrags- und Krankenhausärztinnen/-ärzten („gemeinsamer Tresen“) und die unmittelbare Möglichkeit einer erforderlichen ambulanten Akutbehandlung oder klinischen Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten, die a) entweder selbstständig die Anlaufstelle aufsuchen, b) die durch die 116117 oder c) den Rettungsdienst an die gemeinsame Anlaufstelle verwiesen werden.

### **Patientenzugang**

Die gemeinsame Anlaufstelle muss für alle Patientinnen und Patienten als solche klar gekennzeichnet und barrierefrei zugänglich sein. Zweck eines zentralen Eingangs ist es, Patientinnen und Patienten unmittelbar zu einer zentralen Kontaktstelle von Vertrags- und Krankenhausärztinnen/-ärzten, dem „gemeinsamen Tresen“, zu leiten. Neben administrativen Aufgaben findet an diesem gemeinsamen Tresen die Durchführung der Ersteinschätzung statt. Die Besetzung des gemeinsamen Tresens muss daher rund-um-die-Uhr durch eine qualifizierte Fachkraft sichergestellt sein.

### **Ersteinschätzung am „gemeinsamen Tresen“**

Die medizinische Beurteilung der Patientinnen und Patienten soll durch eine bundeseinheitliche, strukturierte Abfrage mittels eines Ersteinschätzungsinstruments, ggf. ergänzt durch zusätzliche Parameter, vorgenommen werden. Zweck des Verfahrens ist die Beurteilung der Dringlichkeit der medizinischen Versorgung sowie die Festlegung der zuständigen Versorgungsebene. Die entsprechenden Gütekriterien sowie weitere Umsetzungserfordernisse des EDV-gestützten Instruments sind in dem gemeinsamen Konzept „Gütekriterien für ein Instrument zur standardisierten Ersteinschätzung von Notfallpatienten“ des Marburger Bundes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dargelegt.

Die Patientensicherheit hat bei der Durchführung der Ersteinschätzung oberste Priorität. Die Ersteinschätzung muss daher durch eine entsprechend geschulte, erfahrene medizinische Fachkraft durchgeführt und dokumentiert werden. Die medizinische Fachkraft ist in einem ärztlich geleiteten Team integriert und zieht bei Unklarheiten der Ersteinschätzung eine Ärztin/einen Arzt hinzu. Das Ergebnis der Ersteinschätzung kann nie zu einer zwingenden Behandlungsvorgabe führen, sondern kann lediglich einen Baustein in der ärztlichen Beurteilung darstellen.

### **Struktur der weiteren Versorgung an der Anlaufstelle**

Nach der Ersteinschätzung findet die weitere Versorgung entweder in den Räumlichkeiten der stationären oder vertragsärztlichen Versorgungsebene statt. Die Behandlungszimmer bedürfen – alleine schon aus rechtlichen Gründen – einer klaren räumlichen Trennung. Gleichwohl sollten sich die Räumlichkeiten in unmittelbarer Nähe zueinander befinden, um im Falle von Überleitungen in die

jeweils andere Versorgungsstruktur die Wege für die Patientinnen und Patienten so kurz wie möglich zu halten und um im Falle einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes zeitnah Hilfestellung geben zu können.

### **Ausstattung der vertragsärztlichen Akutversorgung**

Die Ausstattung der vertragsärztlichen Akutversorgung erhält zusätzlich zur Regel-Ausstattung einer Hausarztpraxis einschl. IT inkl. Drucker insbesondere folgende Ausstattungselemente, die auch in Kooperation mit dem Krankenhaus erbracht und vorgehalten werden können:

- EKG
- Pulsoxymetrie
- Labor: Point of Care für Akutparameter
- Sonographiegerät

### **Versorgungsauftrag**

Die ambulante Akutversorgung in den Anlaufstellen kann nicht die reguläre Versorgung in der Vertragsarztpraxis ersetzen, sondern nur ergänzen. Die Versorgung im Bereitschaftsdienst muss sich somit auf die medizinische, akut notwendige Versorgung konzentrieren; der Fokus liegt somit bei:

- abschließender Behandlung, sofern im Rahmen der Bereitschaftsdienstversorgung möglich
- Vermittlung und Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung, wenn nötig
- Entlastung der stationären Notfallversorgung.

Keine Aufgabe der Anlaufstelle ist es hingegen:

- die Arbeitsunfähigkeit festzustellen
- die langfristige Verordnung von Arzneimitteln vorzunehmen.

Der stationäre Versorgungsauftrag zur Notfallversorgung bleibt hiervon unbenommen.

### **Sektorenübergreifende Kooperationen**

Die sektorenübergreifende Anlaufstelle ist nur so gut wie ihre Einzelteile und die Zusammenarbeit aller Beteiligten. Wichtige Aspekte der Kooperation zwischen der vertragsärztlichen und stationären Versorgungsebene beinhalten unter anderem:

- die Einrichtung von klaren Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartnern
- Regelungen zur zeitlichen und personellen Besetzung
- Regelungen zur Finanzierung
- die Einrichtung einer gemeinsamen Qualitätssicherung einschließlich eines Critical Incident Reporting System (CIRS)
- die Möglichkeit von sektorenübergreifenden Konsilen
- den Zugang der vertragsärztlichen Versorgung zu Diagnose-Instrumenten des Krankenhauses, z. B. Labor.

Die Kooperation in der Notfallversorgung zwischen Krankenhaus und dem vertragsärztlichen Bereich bildet lokale Versorgungsbesonderheiten ab und wird in einem Kooperationsvertrag festgehalten. Es sollen Möglichkeiten zur Ausweitung des ambulanten Notdienstes im KV-Bereich auch tagsüber

geschaffen werden, sofern ein regionaler Bedarf besteht. Es sollen auch die Mittagszeiten abgedeckt werden. Idealerweise ist eine Besetzung bzw. Vermittlung sieben Tage in der Woche über 24 Stunden anzustreben.

### **Kommunikation und Datenaustausch**

An der gemeinsamen Anlaufstelle ist ein sektorenübergreifendes Arbeiten unumgänglich. Hierzu zählt auch die unkomplizierte Übermittlung von (Anmelde-)Daten, Befunden und Behandlungsberichten ohne unnötige datenschutzrechtliche Hürden. Ein allgemein verbindliches standardisiertes Berichtswesen soll durch die Ärzteschaft gemeinsam entwickelt werden, das auch als Grundlage für eine wissenschaftliche Evaluation der Notfallversorgung genutzt werden kann. Entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen sind zu schaffen.

Eine digitale Anbindung zur Informationsübermittlung aus der telefonischen Ersteinschätzung ist anzustreben.

### **Standortbestimmung von Anlaufstellen**

Es sind Kriterien zur Standortbestimmung zu entwickeln, die einer flächendeckenden Versorgung mit gemeinsamen medizinischen Anlaufstellen dienen. Hierzu vereinbaren Kassenärztliche Bundesvereinigung und Marburger Bund Vorschläge. Die Standortauswahl hat regional unter Einbeziehung von Vertrags- und Krankenhausärzten zu erfolgen. Als Kriterien eignen sich zum Beispiel Bevölkerungsdichte, Fallzahlen der Notaufnahme, Entfernung, strukturelle und personelle Voraussetzungen im vertragsärztlichen und stationären Versorgungsbereich.

### **Qualifikation**

An Krankenhäusern mit gemeinsamer medizinischer Anlaufstelle sollte im stationären Bereich der Notaufnahme die Leitung durch eine Ärztin/einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung klinische Akut- und Notfallmedizin ausgeübt werden.

### **Weiterleitung von Patientinnen und Patienten aus der gemeinsamen Anlaufstelle in andere Krankenhäuser**

Da nicht an jedem Krankenhausstandort eine gemeinsame Anlaufstelle eingerichtet werden kann, wird es an den Häusern mit gemeinsamer Anlaufstelle zu einer Konzentration der Akutversorgung und somit anteilig auch zu einer Zunahme der stationär aufzunehmenden Patientinnen und Patienten kommen. Bei gegebener Bettenzahl ergibt sich die Notwendigkeit der Weiterverlegung von Patientinnen und Patienten aus dem klinischen Teil der Notaufnahme in andere Kliniken. Zwingend notwendig ist die individuelle Berücksichtigung der weiteren Versorgungsnotwendigkeiten für die zu verlegende Patientin/den zu verlegenden Patienten. Um freie diagnostische und stationäre Kapazitäten mit Hinterlegung der jeweiligen Fachspezifika rasch abfragen zu können, sollte in allen Bundesländern ein System zum interdisziplinären Versorgungsnachweis (z. B. IVENA) eingeführt werden. Dies ermöglicht nicht nur einen raschen Informationsaustausch für die verlegende und aufnehmende Klinik, sondern auch eine gute Steuerungsmöglichkeit für den Rettungsdienst bezüglich der Zuweisung von akut erkrankten Patientinnen und Patienten in den klinischen Teil der Notaufnahme.