

Thesenpapier zur sektorübergreifenden Notfallversorgung der Ärztammer Berlin (vom 27.05.2020, zuletzt überarbeitet 13.10.2022)

Präambel:

Wir haben in Deutschland ein sehr leistungsfähiges Gesundheitssystem. Hier wird jeder, unabhängig von seinem sozialen und versicherungsrechtlichen Status, zeitnah kurativ oder palliativmedizinisch versorgt. Auch ein gutes Gesundheitssystem muss weiter optimiert werden, besonders dann, wenn sich Reformbedarf ergibt, wie dies aktuell in der Notfallversorgung der Fall ist.

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, will der Gesetzgeber im Bereich der ambulanten Notfallversorgung die Rahmenbedingungen erneut anpassen. Er bestärkt den ambulanten Sicherstellungsauftrag für den vertragsärztlichen Sektor auch in der Notfallversorgung, verpflichtet aber die kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation mit nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. Bewährte, bereits vorhandene Versorgungsstrukturen sind unter Beachtung der örtlichen Besonderheiten einzubeziehen und zu erhalten.

Innerhalb der vorhandenen Finanzierungssysteme lassen sich die erhöhten Versorgungsbedarfe an den Sektorengrenzen nicht sachgerecht abbilden und verhindern eine zeitgemäße Neuordnung der intersektoralen Versorgung, wie der Notfallversorgung. Grundlage der geforderten Anpassungen muss daher eine sachgemäße, ausreichende Finanzierung sein, welche die Besonderheiten und veränderten Anforderungen an die vorhandenen Schnittstellen berücksichtigt.

Wir möchten, dass die in Berlin vorhandenen Versorgungsstrukturen zu einem leistungsfähigeren System der sektorübergreifenden Notfallversorgung weiterentwickelt werden.

Dies ist, ebenso wie die Besonderheiten eines Stadtstaates ein besonderes Anliegen der folgenden Handlungsempfehlungen. Dabei sollen bestehende Strukturen erhalten bleiben, insbesondere funktionierende Notdienstpraxen. Wir folgen aber dem Gesetzgeber bei dem Plan, zukünftig INZ (Integrierte Notfallzentren) zu etablieren.

Sollte das Konzept des INZ verlassen werden, ist 'INZ' in unserem Papier durch 'gemeinsame Tresen' zu ersetzen.

Handlungsempfehlung 1: INZ einrichten / verlässliche Öffnungszeiten.

- Zur Entlastung der Erste Hilfe- und Rettungsstellen der Krankenhäuser mit hoher Inanspruchnahme sollen INZ mit am Bedarf orientierten Öffnungszeiten (bis zu 24 Stunden) an den Berliner Notfallzentren und an ausgewählten Krankenhäusern mit einem zu definierenden, großen Patientenaufkommen möglichst unter Einbezug der vorhandenen Rettungsstellen dieser Krankenhäuser errichtet werden.

- In einem INZ werden Patientenströme nach Dringlichkeit, Risiko und erwartetem Ressourcenbedarf auf kassenärztliche Notfallambulanz und Krankenhausnotfallzentrum aufgeteilt. Diese Entscheidung muss nach einem transparenten, evidenzbasierten Verfahren durch qualifizierte Mitarbeiter (z.B. nicht-ärztliche Praxisassistenten) am gemeinsamen Tresen erfolgen. Diese Mitarbeiter sind nicht befugt, die Patienten abzuweisen und nach Hause zu schicken.
- Die Triage durch die Mitarbeiter der INZ erfolgt nach dem Grundsatz ambulant vor stationär.
- Vereinbarungen zur bedarfsgerechten Mitnutzung der Krankenhausinfrastruktur sollen getroffen werden.
- Krankenhausmitarbeiter und Mitarbeiter der INZ sollen zur Qualitätsverbesserung regelmäßige gemeinsame Qualitätszirkel durchführen.
- Elektive Patienten, die mit Termin in der Klinik behandelt werden sollen, werden grundsätzlich über die klinikinternen Strukturen (z.B. Aufnahmesprechstunden) geführt und nicht über die INZ.

Handlungsempfehlung 2 – Zuständigkeiten definieren.

- Jeder Vertragsarzt ist verpflichtet, sich an der Akutversorgung der Patienten zu beteiligen.
- Diese muss neben der Teilnahme am fahrenden Dienst der KV, der Abdeckung von Diensten in den INZ und der Durchführung von Hausbesuchen auch die Vorhaltung von gebietsärztlichen Akutsprechstunden umfassen.
- Die Teilnahme an der Akutversorgung muss fair und transparent zwischen den Vertragsärzten verteilt sein.

Zur Gewährleistung einer ambulanten Akutversorgung ist es insbesondere wichtig, dass Patienten auch kurzfristig fachärztlich ambulant behandelt werden. Die Angebote der haus- und gebietsärztlichen Notfallsprechstunden sind der Notfallversorgung zuzuordnen. Daher ist die bisherige Regelung im EBM, im Normenregime der ambulanten Versorgung, nicht interessengerecht.

- Alle Vertragsärzte sorgen dafür, dass die bestehende Verpflichtung für eine klare Vertretung während Urlaub, Krankheit und Fortbildungszeiten umgesetzt wird. Diese Vertretungsregelung muss den Patienten durch Telefonbandansagen und Praxisaushänge sowie ggf. auch Internetauftritte klar kommuniziert werden. Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsstellen sind keine Vertretungen in diesem Sinne.
- Die Vertragsärzte sollen darauf achten, die Schließzeiten zwischen den Praxen abzustimmen. Es ist z. B. nicht sinnvoll, dass viele Praxen am Mittwoch geschlossen haben.

- Für die Organisation sind hausarztbasierte Ärztenetze und andere kooperative Strukturen erforderlich.

Handlungsempfehlung 3 für die INZ: Standardisierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patienten etablieren – Patientenlenkung und Triage.

- In dem INZ erfolgt sowohl die Lenkung der Patientenströme, als auch die Triage der Patienten.
- Die mit den Rettungsdiensten vorgestellten Patienten werden unmittelbar in dem für die Behandlung von Notfallpatienten mit potentiell stationärem Behandlungsbedarf vorgesehenen Bereich des INZ vorgestellt.
- Die Lenkung der Patientenströme umfasst primär die Aufteilung zwischen Patienten, die ambulant oder stationär notfallmäßig zu behandeln sind. Nach der Einteilung in die ambulante Notfallversorgung gilt es vier mögliche Konstellationen zu unterscheiden.

1. Patienten, die nicht als Notfallpatienten einzuschätzen sind.

Diese werden durch die in den INZ praktizierenden Ärzte allein behandelt und an den Hausarzt verwiesen.

2. Patienten, die neben der Behandlung durch die in den INZ praktizierenden Ärzten auch noch einer unmittelbaren fachärztlichen Mitbehandlung bedürfen.

Diese soll kurzfristig durch niedergelassene Gebietsärzte erfolgen. Sofern dies nicht möglich ist, erfolgt eine Konsultation durch die jeweiligen Fachkollegen des Krankenhauses, für die entsprechende Abrechnungsregelungen zu treffen sind.

3. Patienten, bei denen durch die in den INZ praktizierenden Ärzten eine Indikation zur erweiterten Diagnostik oder Überwachung, gesehen wird.

Es erfolgt die Einweisung ins Krankenhaus.

Handlungsempfehlung 4: Kooperationsvereinbarungen schließen und Vergütungsregelungen anpassen.

- Zur Finanzierung der integrierten Notfallversorgung durch die INZ sollten Mittel in einem eigenen Finanzierungssystem bereitgestellt werden (z.B. „Dritter Topf“). Zur Anschubfinanzierung sollen Mittel aus dem ambulanten wie auch stationären Bereich und von den Ländern zur Verfügung gestellt werden.
- Die vorhandenen Strukturen der Notfallversorgung (aufsuchender ärztlicher Bereitschaftsdienst und Feuerwehr) sind im Stadtstaat Berlin mit den beiden Notrufnummern 112 und 116117 gut und zu erhalten. Die Zusammenarbeit der Träger

der Notfallversorgung ist zu verbessern. Empfohlene Maßnahmen sind die Einrichtung einer online Beratungsplattform, einer KV-App und Stärkung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

- Um Patienten ihre Entscheidung zu erleichtern, ob, wie und wo sie im Akutfall ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen sollten, ist eine online Beratungsplattform sinnvoll. Über diese könnten sie sich informieren, wie schnell und wohin sie sich mit ihren aktuellen Beschwerden am sinnvollsten wenden sollten (Hausarztpraxis, KV-Beratungsdienst, INZ, aufsuchender KV-Bereitschaftsdienst, Feuerwehr). Diese Plattform muss über Arztsuchmaschinen auffindbar sein. Wer sie einrichten und betreiben soll, gilt es noch zu diskutieren.

Handlungsempfehlung 5: Angebote im niedergelassenen Bereich für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf ausbauen.

- Die Organisation der Notfallbehandlung von Kindern und Jugendlichen in Berlin durch ein System von Notfallpraxen, deren Dienste durch die pädiatrischen Fachkollegen zuverlässig garantiert werden, ist in vielerlei Hinsicht vorbildhaft und muss in etwaige neue Strukturen integriert werden.
- Die gute ambulante Notfallversorgung multimorbider und chronisch kranker Patienten stellt eine besondere Herausforderung dar. Spezielle Angebote müssen gefördert und ausgebaut werden. Beispielhaft hierfür ist die Kooperation nach EBM 37 für die Pflegeheimversorgung.
- Es müssen zudem Anreize sowohl für Haus- als auch Gebietsärzte geschaffen werden, ihre chronisch kranken Patienten auch notfallmäßig zu betreuen.
- Ungedeckter Versorgungsbedarf an anderen Stellen führt zur vermeidbaren Mehrbelastung der Notfallstrukturen. Diese ungedeckten Versorgungsbedarfe müssen analysiert und effizient behoben werden. Hierzu gehören auch Defizite in der häuslich aufsuchenden pflegerischen und ärztlichen Akutversorgung.

Handlungsempfehlung 6: Qualifikation des Personals sicherstellen.

- Die Zusatzqualifikationen der Ärzte, die im Notdienst tätig sind, müssen einheitlich geregelt sein.
- Die Ärzte, die am fahrenden Dienst der KV teilnehmen, müssen an einer obligatorischen notfallmedizinischen Fortbildung teilnehmen. Die KV hat hierzu Qualifikationsvorgaben vorgegeben und führt seit vielen Jahren QS Veranstaltungen durch.
- Die Ärzte, die in den INZ tätig sind, müssen Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten oder Fachärzte mit notfallmedizinischer Zusatzqualifikation sein. Sie müssen darüber hinaus regelmäßig an notfallmedizinischen Fortbildungen teilnehmen.

- Das für die Triage der Patienten in dem INZ zuständige nicht-ärztliche Personal muss über umfangreiche Qualifikationen verfügen. Dazu gehört eine gründliche Schulung in dem jeweils angewandten Triage-System ebenso wie eine ausreichende Berufserfahrung in der ambulanten und idealerweise auch stationären Notfallversorgung.
- Das Personal in der Rettungsstelle sollte grundsätzlich eine Zusatzqualifikation in der Notfallpflege erhalten. So qualifiziertes Personal muss adäquat honoriert werden.

Handlungsempfehlung 7: Patientenkompetenzen stärken.

- Gesundheitserziehung ist eine gesamtgesellschaftliche und staatliche Aufgabe:
- Der öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt gesetzlich festgelegte Aufgaben im Rahmen der Daseinsvorsorge, die Erfüllbarkeit muss von der Politik sichergestellt werden. Er darf nicht weiter abgebaut werden, sondern muss umgehend gestärkt werden. Eine ärztliche Leitung ist unabdingbar und muss fachlich weisungsfrei durchführbar sein.
- Die Motivationslagen der Patienten, die Strukturen der Notfallmedizin zu nutzen, anstatt ihren Hausarzt aufzusuchen, müssen analysiert werden.
- Ängstliche und übervorsichtige Patienten sollen darüber informiert werden, welche Symptome tatsächlich einer notfallmäßigen Vorstellung bedürfen.
- Die Aufklärung über die Berliner Notfallstrukturen muss kontinuierlich den Patienten medial nahegebracht werden. Hauptverantwortlich für diese Kampagne ist in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversorgung das Land Berlin.
- Gesundheitserziehung muss Bestandteil der (vor-) schulischen Bildung sein.
- Es müssen Bildungsangebote etabliert werden, um die Gesundheitskompetenz der Patienten zu stärken. Dies kann z.B. durch Angebote von Patientenakademien, Volkshochschulen oder durch Institutionen des Gesundheitswesens erfolgen.
- Digitale Anwendungen müssen zur Stärkung der Patientenkompetenz entwickelt werden. Diese werden mit ärztlichem Sachverstand entwickelt und vom BfArm zugelassen.

Handlungsempfehlung 8: Krankentransportlinie ändern.

- Krankentransporte müssen im Akut- und Notfall auch ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkassen von der Wohnung oder dem INZ in die vertragsärztliche Praxis möglich sein. Aufgrund der Richtlinie wird auch bei gehunfähigen, älteren und dementen Patienten derzeit primär die Rettungsstelle angefahren. Im Akut- und Notfall sollen auch Krankentransporte zwischen Vertragsarztpraxen möglich sein.

Handlungsempfehlung 9: Kennzeichnung aller Notfälle über die Kodierung.

- Ein Teil der Behandlungsfälle während der Sprechstundenzeiten sind Akut- und Notfälle, werden jedoch statistisch nicht als solche erfasst. Diese werden oft mit persönlichem Kontakt am gleichen Tag Fachärzten zugewiesen, allerdings auch auf Überweisungsschein ohne den Hinweis Akut- oder Notfall, so dass diese statistisch ebenfalls nicht erfasst werden. (siehe Bestandsaufnahme).
- Der ambulante Bereich soll sich bemühen, die Zahl der erbrachten Akut- und Notfälle zu erfassen. Dies kann durch eine Kennzeichnung aller Akut- und Notfälle über die Kodierung im ambulanten Bereich erfolgen. Die Grenze zwischen Akutbehandlung und Notfall muss gemäß SGB V definiert werden.

Handlungsempfehlung 10: Kurzlieger- und Überwachungsstationen finanzieren.

- Zwischen den Bereichen der ambulanten und der stationären Notfallversorgung hat sich weltweit die Versorgung in Kurzlieger- und Überwachungsstationen als evidenzbasierter und ressourcenschonender Zweig der Notfallversorgung etabliert. Hierfür müssen auch hierzulande Finanzierungskonzepte entwickelt werden.