KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

STELLUNGNAHME DER KBV ZUR AKUT- UND NOTFALLVERSORGUNG

ÖFFENTLICHE ANHÖRUNG IM AUSSCHUSS FÜR GESUNDHEIT DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES AM 17. JANUAR 2024

15. JANUAR 2024

INHALT

VORWORT **3**

IM EINZELNEN **3**

Rufnummern 116117 und 112 technisch und prozedural verbinden 3
Regionale Organisation der Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten 3
Entlastung der Notaufnahmen vor allem während der Praxissprechzeiten 4
Gut erreichbare und gut ausgestattete Anlaufstellen 5
Finanzierung 5
Fazit: Erforderliche Maßnahmen 6

Zur Kommentierung

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

VORWORT

Nicht nur in Deutschland verändern sich die Ansprüche, Häufigkeit und Notwendigkeit der ambulanten Akut- und Notfallversorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten, also in den Nachtstunden sowie an Sonn- und Feiertagen. Sowohl hier als auch in anderen modernen Gesundheitssystemen wurden Berichte überforderter Notaufnahmen veröffentlicht, die einer Lösung bedürfen.

Auch wenn im Nachgang der Corona-Pandemie die Inanspruchnahme von Notfallstrukturen teilweise immer noch unter dem Vor-Corona-Niveau bleibt, bedarf die Notfallversorgung eines durchgängigen, Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellenden Gesamtkonzepts. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Fachkräftemangel, weitergehende Spezialisierung in der Medizin, neue Versorgungsformen, etwa mittels Videokonsultation, der Wunsch nach mehr ärztlicher Versorgung rund um die Uhr sowie der Bedarf einer Integration der bislang nur mäßig verbundenen Bereiche der medizinischen Versorgung und des Rettungsdienstes. Eine zielführende Reform sollte all diese Herausforderungen schrittweise angehen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen müssen sich sowohl medizinisch-fachlich auf bestmöglichem Niveau bewegen als auch effizient leistbar sein.

IM EINZELNEN

RUFNUMMERN 116117 UND 112 TECHNISCH UND PROZEDURAL VERBINDEN

Die Nummer 116117 hat während der Corona-Pandemie im Jahr 2021 nahezu 80 Millionen Anrufe verzeichnet. Eine Zusammenlegung der Rufnummern 112 und 116117 in einer Einrichtung hätte die Kapazitäten der 112 in ihren Kernfunktionen über die Maßen belastet. Die 116117-Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sollen aber technisch durch eine gemeinsame Datenschnittstelle eng mit den Leitstellen des Rettungsdienstes verbunden werden. Eine solche Schnittstelle wurde im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt und wird derzeit regional erprobt bzw. angewendet. Strukturierte Ersteinschätzungssysteme beider Leitstellenarten sind in geeigneter Weise aufeinander abzustimmen und auf die jeweilige Kernfunktion auszurichten. Das Portfolio der 116117 wird derzeit systematisch um neue patientenorientierte Leistungen, wie die strukturierte Selbsteinschätzung durch Patienten und ein ärztliches Telefonie-/Videoangebot ergänzt. Dem Rettungsdienst muss zudem ermöglicht werden, auch Vertragsarztpraxen anzufahren, wenn dies auf der Grundlage einer strukturierten Ersteinschätzung am Einsatzort empfohlen ist. Die De-facto-Transportpflicht auch bei Indikationen, die dies medizinisch nicht erfordern bzw. bei erkennbar wenig dringlichen Fällen ist auf das notwendige Maß zurückzuführen.

REGIONALE ORGANISATION DER VERSORGUNG AUßERHALB DER REGULÄREN SPRECHZEITEN

Zu Zeiten eines signifikanten Patientenaufkommens außerhalb der regulären Sprechzeiten, typischerweise in den Abendstunden an Werktagen sowie tagsüber an Sonn- und Feiertagen, sind bestimmte dafür vorgesehene Krankenhausstandorte durch Bereitschaftsdienstpraxen der KVen zu unterstützen. Solche Praxen wurden heute schon an über 600 Standorten eingerichtet. In gemeinsamer Organisation von Krankenhaus und KV werden auf Ortsebene Absprachen zum Vorgehen und zur Abfolge der ambulanten Patientenversorgung getroffen („gemeinsamer Tresen“). Patienten mit Anliegen, die nach strukturierter Ersteinschätzung durch eine qualifizierte medizinische Fachkraft zu einem vertretbar späteren Zeitpunkt in einer ambulanten Praxis versorgt werden können, sollen mit einem verbindlichen Termin der

vertragsärztlichen Versorgung übergeben werden. Sind weder eine Versorgung in der Bereitschaftsdienstpraxis am Krankenhausstandort noch eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung möglich, wird die ambulante Notfallversorgung in der Notaufnahme des Krankenhauses erforderlich.

In der Regel ist in der Nacht, je nach Standort ab ca. 22:00 Uhr bis ca. 07:00 Uhr, das Patientenaufkommen erfahrungsgemäß geringer. Großstädte können hierbei eine Ausnahme darstellen. Die Patientenversorgung erfolgt bis auf diese Ausnahmen dann grundsätzlich durch den fahrenden Dienst der KV oder bei medizinischer Notwendigkeit unmittelbar in der Notaufnahme. In diesen Stunden ist eine doppelte Vorhaltung beider Versorgungsebenen, Bereitschaftsdienst und Krankenhausnotaufnahmen, weder effizient noch erforderlich und deshalb auch nicht sinnvoll. Krankenhäusern ist in diesem Zusammenhang der direkte und niederschwellige Zugang zu dem Terminbuchungssystem der KVen zu ermöglichen, um Patienten sowohl Anschlusstermine als auch zeitnahe Termine in solchen Fällen buchen zu können, in denen eine unmittelbare Versorgung vor Ort medizinisch nicht geboten ist. Voraussetzung ist die notwendige Finanzierung der Vorhaltung und des Betriebs der technischen und personellen Infrastruktur.

Unbedingt zu vermeiden ist, dass die ambulante Notdienstversorgung so ausgestaltet wird, dass sie – nicht nur, aber vor allem – während der Praxisöffnungszeiten zusätzliche Patienten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser zieht. Dies kann nach internationalen Erfahrungen die angestrebten Entlastungseffekte zur Verbesserung der Notfallversorgung in unerwünschter Weise konterkarieren.

In struktureller Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass der Notdienst – insbesondere auch vor dem Hintergrund der anzustrebenden Verzahnung mit dem Rettungsdienst und den Krankenhäusern – in traditionell regional (auf Landesebene) gewachsenen Strukturen erfolgt. Jedwede gesetzliche Regelung sollte diese Regionalität berücksichtigen und den Schwerpunkt auf die regionale Ausgestaltung und Organisation des Bereitschaftsdienstes legen.

ENTLASTUNG DER NOTAUFNAHMEN VOR ALLEM WÄHREND DER PRAXISSPRECHZEITEN

Die Behandlung von Patienten insbesondere während der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten bindet Klinikressourcen, die für die stationäre Versorgung dringend benötigt werden. Im Interesse der Patienten und einer zielgerichteten, am jeweiligen Beschwerdebild orientierten Versorgung ist anzustreben, dass Hilfesuchende als ersten Schritt vor Aufsuchen einer Notaufnahme – vor allem während der Praxisöffnungszeiten – ihre jeweils behandelnden Vertragsärzte oder, falls dies nicht möglich ist, die 24/7 besetzten KV-Servicestellen kontaktieren. Dort erhalten sie nach strukturierter Ersteinschätzung Hinweise sowohl zur Dringlichkeit als auch zum bestmöglich geeigneten Versorgungsort. Dies vermeidet nicht nur Fehlsteuerungen, sondern trägt auch zur Entlastung von Notaufnahmen bei. Die KVen stellen die durchgehende Leistungsfähigkeit der 116117 für diesen Zweck sicher. Die Krankenhäuser sollten nicht mehr mit dem Besuch der Notaufnahme, sondern mit der Kontaktaufnahme mit der 116117 werben.

Den Krankenhäusern ist in Kooperation mit den KVen zu ermöglichen, Patienten nach einer strukturierten Ersteinschätzung mit einer verbindlichen Terminbuchung innerhalb eines vertretbaren Zeitrahmens in die vertragsärztliche Versorgung weiterzuleiten, sofern eine unmittelbare Behandlung medizinisch nicht erforderlich ist. Eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die eine steuernde, die Notaufnahmen entlastende Weiterleitung von Patienten mit nicht unmittelbar dringlichem Behandlungsbedarf vorsieht, wurde unverständlicherweise durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandet. Die Krankenhäuser haben gemäß dieser Richtlinie zu prüfen, welche Angebote der regulären vertragsärztlichen Versorgung über die 116117 verfügbar sind und unterstützen Hilfesuchende bei der Vermittlung durch Zugriff auf das Terminbuchungssystem der KVen. Regionale Lösungen können gleichwertige oder darüber hinaus gehende Vorgehensweisen vorsehen. Ist eine Vermittlung in die vertragsärztliche Versorgung nicht möglich und weist die strukturierte Ersteinschätzung eine zeitnahe Behandlungsnotwendigkeit aus, kann die Behandlung im Einzelfall durch die Krankenhausnotaufnahme erbracht werden.

GUT ERREICHBARE UND GUT AUSGESTATTETE ANLAUFSTELLEN

Klar ist, dass nicht jederzeit alles und überall vorgehalten werden kann und es – allein mangels verfügbaren Personals – nicht möglich ist, dass Hilfesuchende unabhängig von der medizinischen Dringlichkeit die Versorgungsebene und den Behandlungszeitpunkt selbst auszusuchen. Schon heute kann eine 24/7-Präsenz von Fachärzten, sowohl der Fachrichtung Notfallmedizin als auch der einzelnen relevanten Fachgebiete wie Unfallchirurgie und Orthopädie, auch in Kliniken der umfassenden Notfallversorgung nicht durchgehend sichergestellt werden. Selbst die 30-minütige Verfügbarkeit von Fachärzten am Patienten wird von einzelnen Organisationen als zu knapp bemessen angesehen.

Eine arbeitsteilige Versorgung von ambulanten Patienten außerhalb der regulären Praxissprechzeiten durch Vertragsärzte und Notaufnahmen muss eine Fokussierung von Standorten auf ausgewählte, gut erreichbare und personell wie apparativ optimal ausgestattete Krankenhäuser beinhalten. Dies dient sowohl einer optimalen Ressourcennutzung als auch der Patientensicherheit. Entsprechende Maßnahmen müssen in den jeweiligen Ländern auf Basis regionaler Regelungen getroffen werden. Die entsprechenden Standorte sind so auszustatten, dass eine angemessene Akutversorgung mit Fachärzten, gegebenenfalls in Kooperation mit dem Krankenhaus, sichergestellt werden kann. An diesen Standorten befinden sich auch die Notaufnahmen der Krankenhäuser, die nach § 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V auf der Grundlage von Kooperationsverträgen in den Zeiten, in denen die Bereitschaftsdienstpraxen nicht geöffnet haben, unmittelbar in den ambulanten Notdienst eingebunden sind.

FINANZIERUNG

Neben den Kosten für die unmittelbare Erbringung von Leistungen für Patienten im KV-Bereitschaftsdienst entstehen Aufwände für die Vorhaltung der dafür erforderlichen Infrastruktur. Hierzu gehören insbesondere die Einrichtung und 24/7-Vorhaltung der 116117, des fahrenden Dienstes und der Bereitschaftsdienstpraxen (Strukturkosten). Von besonderer Bedeutung mit unmittelbaren Kostenauswirkungen ist die Entscheidung des Bundessozialgerichts zur Sozialversicherungspflicht von Poolärzten im vertragszahnärztlichen Bereitschaftsdienst (Aktenzeichen B 12 R 9/21 R). In Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23c Abs. 2 SGB IV für die nebenberufliche Tätigkeit von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes bzw. Bereitschaftsdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, ist ebenfalls eine entsprechende Ausnahme in einem neuen § 23c Absatz 3 SGB IV vorzusehen.

Die Kosten für die unmittelbare vertragsärztliche Patientenversorgung im Bereitschaftsdienst und in den Notaufnahmen sind durch Vereinbarungen, angepasst an die regionalen Versorgungsentscheidungen, vollständig so zu refinanzieren, wie sie für die Versorgung der Patienten entstehen. Außerdem ist eine auskömmliche Vergütung der Notaufnahmen für die strukturierte Ersteinschätzung und etwaige Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung notwendig.

Damit die KVen Versorgungsangebote organisieren, vorhalten und erweitern können, sind regionale Vereinbarungen zur Finanzierung der Infrastrukturkosten für den KV-Bereitschaftsdienst, einschließlich der Kosten für die 116117 und der Besetzung des gemeinsamen Tresens, durch die gesetzlichen Krankenkassen – ggf. ergänzt durch Steuermittel für Leistungen der nicht medizinischen Daseinsvorsorge – in das SGB V aufzunehmen. Die Finanzierung der Strukturkosten für die 116117 als einer zur Daseinsvorsorge gehörenden Aufgabe über die Verwaltungskostenumlage – und damit durch die KV-Mitglieder – ist dagegen weder sachgerecht noch weiter zumutbar.

FAZIT: ERFORDERLICHE MAßNAHMEN

Der derzeit vorhandene rechtliche Ordnungsrahmen ist nicht geeignet, die skizzierten Bestandteile einer reformierten Notfallversorgung zu realisieren. Folgende Maßnahmen werden deshalb angeregt:

1. Der Gesetzgeber verabschiedet Regelungen, wonach die Kosten der KVen für die Infrastruktur der Notfallversorgung, insbesondere den Betrieb der 116117, der Bereitschaftsdienstpraxen, der telemedizinischen Beratung und des fahrenden Dienstes der KVen, durch die Krankenkassen vollständig gedeckt werden.
2. Der G-BA stellt die Richtlinie zur strukturierten Ersteinschätzung an Krankenhäusern und zur Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung fertig.
3. In Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23c Abs. 2 SGB IV für die nebenberufliche Tätigkeit von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes beziehungsweise Bereitschaftsdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, wird eine entsprechende Ausnahme in einem neuen § 23c Abs. 3 SGB IV vorgesehen.
4. Der ergänzte Bewertungsausschuss beschließt als neue Leistungen Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zur Vergütung der strukturierten ambulanten Ersteinschätzung, zur ärztlichen Einbeziehung in den Fällen, in denen das nichtärztliche medizinische Personal zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist, sowie zur Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung.
5. Auf Basis derzeitiger Modellvorhaben in mehreren Bundesländern werden regional medizinische Kriterien bundesweit etabliert, die eine strukturierte Fallübergabe zwischen Rettungsleitstellen (112) und der 116117 ermöglichen. Die Fallübergabe erfolgt digital in Echtzeit, was ebenfalls bereits in einzelnen Regionen praktiziert und ausgebaut wird. So soll der Rettungsdienst entlastet werden, indem kostenträchtigere Rettungsfahrten vermieden werden. Hierzu schließen die Träger der Leitstellen Vereinbarungen mit den KVen. Bund und Länder wirken gemeinsam daraufhin, dass zudem Vor-Ort-Kriterien zur Ersteinschätzung am Einsatzort etabliert werden können, anhand derer Transportfahrten in geeigneten Fällen zu Praxen ermöglicht werden.

Kontakt:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 185.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.