



Spitzenverband



Neustrukturierung der Notfallversorgung

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes

beschlossen vom Verwaltungsrat
am 30. August 2017



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Abteilung Krankenhäuser

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Titel: spotmatikphoto/fotolia.com

Stand: August 2017

Bestellnummer: 2017-005

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Neustrukturierung der Notfallversorgung

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes

**beschlossen vom Verwaltungsrat
am 30. August 2017**

Inhalt

Handlungsbedarf: Notfallversorgung an den Patientinnen und Patienten orientieren	6
Stationäres Notfallstufenkonzept als Basis der Neuordnung	7
Notfallversorgung professionalisieren und konzentrieren	8
Zentrale Notaufnahmen etablieren	9
KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus organisieren	10
Triage und Steuerung in Versorgungsebenen	11
Finanzierung der Krankenhausambulanzen überprüfen	12
Qualitätsstandards für den Rettungsdienst einführen	13
Gemeinsame Leitstellen etablieren	14
Transparenz in der Notfallversorgung schaffen und Qualität steigern	15

Handlungsbedarf: Notfallversorgung an den Patientinnen und Patienten orientieren

Die Notfallversorgung ist in Deutschland in drei Bereiche gegliedert, die jeweils eigenständig organisiert sind: der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Die bestehenden Strukturen orientieren sich nur unzureichend an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Eine verbesserte Koordination allein reicht nicht aus, notwendig sind patientenorientierte Strukturen.

Die fehlende Abstimmung der drei Bereiche untereinander trägt dazu bei, dass Patientinnen und Patienten nicht immer in der angemessenen Versorgungsebene behandelt werden. Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelt werden könnten, werden in den Notaufnahmen der Krankenhäuser oder häufig sogar stationär versorgt. Aktuell besteht keine Verknüpfung zwischen den Leitstellen des Rettungsdienstes und den Leitstellen des KV-Bereitschaftsdienstes. Auch die Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus muss verbessert werden.

Die Versorgungssituation im ärztlichen Bereitschaftsdienst ist für Patientinnen und Patienten unübersichtlich. Sie wissen häufig nicht, wann und wo sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst erreichen können. Es gibt oftmals keine festen Bereitschaftspraxen, sondern der Notdienst findet in der Praxis der jeweils diensthabenden Ärztin oder des Arztes statt. Die Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen variieren und decken nicht immer die

Die Verpflichtung zur Einrichtung von KV-Notdienstpraxen muss um bundeseinheitliche Rahmenvorgaben, insbesondere im Hinblick auf die Verfügbarkeit und die personelle Ausstattung, ergänzt werden.

gesamte sprechstundenfreie Zeit ab. Daher suchen viele Patientinnen und Patienten direkt die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf. Dort müssen ihnen verschiedene Versorgungsebenen „unter einem Dach“ angeboten werden. Das heißt, es müssen auch ambulante vertragsärztliche Strukturen am Krankenhaus angeboten werden, die leichtere Notfälle versorgen und dazu beitragen, dass die Kapazitäten der Krankenhausambulanzen

für schwere, zeitkritische Notfälle bereitgehalten werden. Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSZ) geschaffene Verpflichtung, KV-Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einzurichten, ist ein Schritt in die richtige Richtung, bedarf aber bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben, insbesondere im Hinblick auf die Verfügbarkeit und die personelle Ausstattung. Zudem ist eine bessere Koordination der verschiedenen Bereiche der Notfallversorgung dringend geboten. Patientenorientierte Strukturen müssen folgende Kriterien erfüllen: einfache Auffindbarkeit, 24-stündiger, möglichst barrierefreier Zugang, zeitnahe Verfügbarkeit einer umfassenden Diagnostik und gute Qualität der Behandlung.

Mit dem KHSZ wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, stationäre Notfallstufen zu definieren. Eigentlicher Anlass ist der finanzielle Ausgleich von unterschiedlich hohen Vorhaltekosten für die Notfallversorgung, die das DRG-System aufgrund seines Fallbezugs nicht abbilden kann. De facto werden durch die Notfallstufen auch Mindeststandards für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Qualitätsanforderungen geschaffen. Die durch den G-BA zu beschließenden Notfallstufen sind allerdings vom Gesetzgeber streng sektoral angelegt und sehen keine Verknüpfung zu ambulanten Notfallstrukturen vor.

Zudem gibt es in Deutschland aktuell keine ausreichende Konzentration der Notfallversorgung. Insbesondere schwere Notfälle sollten an wenigen hochspezialisierten Krankenhausstandorten versorgt werden, um die Überlebenschancen der Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Für den Rettungsdienst ist es häufig nicht transparent, welche Versorgungsstrukturen an welchen Krankenhäusern angeboten werden, und es besteht keine regelhafte Verknüpfung zu den Leitstellen der KV. Dies hat zur Folge, dass die Tatsache, welche Notfallnummer die Patientin bzw. der Patient wählt (112 oder 116117), über die Versorgungsebene entscheidet und nicht der Versorgungsbedarf das ausschlaggebende Kriterium ist.

Stationäres Notfallstufenkonzept als Basis der Neuordnung

Das stationäre Notfallstufenkonzept, welches derzeit vom G-BA erarbeitet und evaluiert wird, sollte die Ausgangsbasis für die Neustrukturierung der stationären und ambulanten Notfallversorgung bilden. Drei Notfallstufen sind zu unterscheiden: die Basisnotfallversorgung, die erweiterte und die umfassende Notfallversorgung. Für jede Notfallstufe sind Mindestvorgaben zu den vorzuhaltenden ambulanten Notfallstrukturen zu definieren.

Die gesetzliche Vorgabe, differenzierte Notfallstufen zu definieren (§ 136c Abs. 4 SGB V), dient dazu, die Vorhaltekosten adäquat zu finanzieren und die Qualität der Notfallversorgung auf verschiedenen Stufen zu garantieren. Dazu sind strukturelle Mindestanforderungen zu definieren. Hierzu werden Art und Anzahl von Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatientinnen und -patienten, medizinisch-technische Ausstattung sowie Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme für jede Stufe definiert. Weiterhin wird festgelegt, wann eine Nichtteilnahme an der Notfallversorgung im entgeltrechtlichen Sinne

vorliegt. Für Krankenhäuser, die in die Stufe der Nichtteilnahme einzuordnen sind, sind verbindlich Abschlüsse zu erheben, damit denjenigen Krankenhäusern, die außerordentliche Vorhaltungen für die Notfallversorgung bereitstellen, ein finanzieller Ausgleich von den Krankenhäusern zukommt, die diese Vorhaltungen nicht tragen müssen. Der Rückzug der Krankenhäuser aus einer qualitativ hochwertigen Notfallversorgung wird so gestoppt. An der Verpflichtung der Krankenhäuser, in gelegentlichen Einzelfällen im Notfall immer Hilfe leisten zu müssen, ändert sich dadurch selbstverständlich nichts.

Der G-BA sollte im nächsten Schritt den Auftrag erhalten, Vorgaben für die ambulanten Notfallstrukturen festzulegen. Dies sollte zwingend in Abstimmung mit den stationären Notfallstufen geschehen, damit ambulante Notfallstrukturen nur an solchen Krankenhäusern etabliert werden, an denen auch rund um die Uhr eine stationäre Notfallversorgung stattfindet.

Krankenhäuser, die außerordentliche Vorhaltungen für die Notfallversorgung bereitstellen, erhalten einen finanziellen Ausgleich von den Krankenhäusern, die diese Vorhaltungen nicht tragen müssen.

Notfallversorgung professionalisieren und konzentrieren

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankungen sollte auf wenige spezialisierte Notfallkrankenhäuser konzentriert werden.

Durch die Konzentration der Notfallversorgung von schwerwiegenden Erkrankungen und Verletzungen in hochspezialisierten Krankenhäusern sollen Ressourcen und Expertise gebündelt werden.

Die Notfallversorgung hat in den vergangenen Jahren in vielen europäischen Ländern verschiedene Reformen durchlaufen. Einige Länder haben dabei spezialisierte Strukturen für die Notfallversorgung von hochkomplexen Fällen eingeführt und eine Zentralisierung der Notfallversorgung an weniger Standorten bei gleichzeitigem Ausbau des ambulanten Angebots vorangetrieben mit dem Ziel, Versorgungsqualität und Effizienz zu erhöhen. Während in Berlin 36 Krankenhäuser Herzinfarktpatientinnen und -patienten aufnehmen, sind es in Wien tagsüber sechs und nachts zwei Krankenhäuser (Stand 2015).

Durch die Konzentration der Notfallversorgung von schwerwiegenden Erkrankungen und Verletzungen in hochspezialisierten Krankenhäusern sollen Ressourcen und Expertise gebündelt werden, sodass die Patientinnen und Patienten von erfahrener Personal behandelt werden und die Überlebenschancen steigen. Die spezialisierten Krankenhäuser zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte Notfälle regelmäßig versorgen, erfahrenes Fachpersonal vorhalten und zeitnah eine geeignete Diagnostik und Therapie einleiten können. Die Einbindung der Rettungsdienste spielt dabei eine wichtige Rolle, um Patientinnen und Patienten mit den (Verdachts-)Diagnosen Herzinfarkt, Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma oder Polytrauma direkt in ein spezialisiertes Krankenhaus zu fahren. Erfahrungen aus Ländern wie England, Dänemark und den Niederlanden zeigen, dass trotz längerer Transportwege der Prozess von der Rettung bis zur spezialisierten Behandlung verkürzt werden kann.

Zentrale Notaufnahmen etablieren

Die Notfallversorgung aller Notfallpatientinnen und -patienten sollte in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfinden. Es ist nicht sinnvoll, Patientinnen und Patienten im Notfall die Suche nach der richtigen Abteilung zuzumuten. Ausnahmen sind nur bei offensichtlich klarer Zuständigkeit im Krankenhaus möglich (z. B. für Schwangere und Kinder).

Die ZNA ist eine unverzichtbare Komponente der modernen Notfallmedizin. Kritisch kranke Patientinnen und Patienten können nicht selbst ihre Zuordnung in die geeignete fachgebietspezifische Notaufnahme vornehmen. Zwar gibt es einen deutlichen Trend hin zur ZNA, allerdings ist die Umsetzung in Deutschland noch längst nicht an jedem Notfallkrankenhaus erfolgt. Die Entscheidung zwischen mehreren Notaufnahmen dürfen nicht Patientinnen und Patienten selbst oder das Personal an der Pforte treffen müssen. Bei vielen Erkrankungen ist nicht sofort ersichtlich, wer für die Behandlung geeignet ist. Daher sollten Patientinnen und Patienten in einer zentralen Anlaufstelle von interdisziplinär ausgebildetem Personal angesehen, ggf. erstversorgt und der geeigneten Fachdisziplin zur Weiterbehandlung zugeleitet werden. Alle Patientinnen und Patienten erhalten eine Ersteinschätzung in der ZNA. Diese Regelung sichert eine nach Behandlungspriorität geordnete Reihenfolge der Patientenbehandlung sowie bei Bedarf eine schnelle und zielgerichtete Zuweisung in die zuständige Fachabteilung.

Patientinnen und Patienten sollten in einer zentralen Anlaufstelle von interdisziplinär ausgebildetem Personal angesehen, ggf. erstversorgt und der geeigneten Fachdisziplin zur Weiterbehandlung zugeleitet werden.

KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus organisieren

Ob es sich um einen ambulanten oder einen stationären Notfall handelt, ist nicht immer auf den ersten Blick ersichtlich. Die ambulante und die stationäre Notfallversorgung sollten daher zentral „unter einem Dach“ organisiert sein. Dazu ist der Versorgungsauftrag der KVen zu konkretisieren, und der G-BA sollte Strukturvorgaben für die Einrichtung von KV-Notdienstpraxen an Krankenhäusern festlegen.

Die Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Versorgungsebenen der Notfallversorgung müssen klar zugeordnet und definiert sein, um eingefordert werden zu können. Daher sollte der Versorgungsauftrag der KVen konkretisiert werden und der G-BA bundesweite Strukturvorgaben für die Einrichtung von KV-Akut- und -Notdienstpraxen an Krankenhäusern festlegen. Die Einrichtung dieser Praxen hat in Abstimmung mit den stationären Notfallstufen des G-BA zu erfolgen. Durch eine Organisation der Notfallversorgung „unter einem Dach“ können Patientinnen und Patienten auf Basis einer strukturierten Ersteinschätzung der geeigneten Versorgungsebene zugeordnet werden.

Die KV-Akutpraxen am Krankenhaus vergeben keine Termine und stehen zu den üblichen Geschäftszeiten für leichte Notfälle zur Verfügung. Diese Struktur ist als bedarfsgerechte Ergänzung zur Versorgung von ambulanten Akutpatientinnen und -patienten zu verstehen. Zu den sprechstundenfreien Zeiten werden die Praxen als KV-Notdienstpraxen betrieben und erfüllen damit an zentraler Stelle den Versorgungsauftrag der KV. Die KV-Akut- bzw. -Notdienstpraxen finden Berücksichtigung in der Bedarfsplanung und werden den jeweiligen Facharztgruppen zugerechnet. Insbesondere Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin und Chirurgie scheinen für eine entsprechende Praxis geeignet.

Die Koordinierung auf Landesebene ist nicht ausschließlich durch die Vorgaben des G-BA

möglich. Aus diesem Grunde ist auf Landesebene ein gemeinsamer Ausschuss aus Krankenkassen, KV und Krankenhausgesellschaft zu gründen, der bei der Verlagerung der Arztsitze mitwirkt und den Versorgungsauftrag auf die regionalen Erfordernisse zuschneidet. Die Umsetzung des Versorgungsauftrags wird durch die Aufsichtsbehörden nach den Vorgaben des G-BA überprüft. Wird der Versorgungsauftrag von der KV nicht erfüllt, bestimmt der erweiterte Zulassungsausschuss das für den Versorgungsauftrag zuständige Krankenhaus sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten. Die Finanzierung dieser Leistungen hat aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu erfolgen.

Weiterhin in Verantwortung der KV verbleibt der Auftrag zur Sicherstellung eines aufsuchenden Bereitschaftsdienstes (KV-Mobil), der Hausbesuche bei Patientinnen und Patienten macht, die ambulant behandelt werden können, aber nicht in der Lage sind, selbstständig eine KV-Notdienstpraxis aufzusuchen (z. B. ältere, weniger mobile Personen, Versorgung in ländlichen Regionen). Auch für den aufsuchenden Bereitschaftsdienst sollte der G-BA Mindeststandards definieren, insbesondere zur bevölkerungsbezogenen Mindestzahl der Einsatzfahrzeuge, zur Qualifikation der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und zu maximalen Wartezeiten auf einen Hausbesuch.

Die Umsetzung auf Basis vorhandener Strukturen und Kooperationen erfolgt somit kurz- bis mittelfristig durch eine Weiterentwicklung der vorhandenen Planungsinstrumente mit einer Fokussierung auf eine sektorenübergreifende Sicherstellung der Notfallversorgung. Die bisherigen Verantwortlichkeiten bleiben weitestgehend bestehen. Die Entkopplung zwischen Planung, Sicherstellung und Leistungserbringung muss langfristig in einer Verschmelzung der Verantwortungen bei der Sicherstellung der Notfallversorgung enden. Dies garantiert eine engere Zusammenarbeit und Abstimmung aller Akteurinnen und Akteure, um die gesamte Notfallversorgung optimaler zu gestalten.

Triage und Steuerung in Versorgungsebenen

Es sollte jeweils diejenige Versorgungsebene von den Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden, die geeignet und bedarfsgerecht ist. Um dies zu erreichen, müssen Patientinnen und Patienten eine zentrale Anlaufstelle haben, von der aus sie auf Basis einer qualifizierten Ersteinschätzung in die geeignete Versorgungsebene weitergelenkt werden. Dieser Ersteinschätzungsprozess ist gemeinsam durch die KV und das Krankenhaus zu organisieren.

Für Patientinnen und Patienten, die selbst die Notfallstrukturen aufsuchen, erfolgt zunächst eine Ersteinschätzung der Erkrankungsschwere (Triage). Dieser Ersteinschätzungsprozess ist gemeinsam durch die KV und das Krankenhaus in der ZNA zu organisieren. Danach folgt eine „Wegweisung“ (Disposition) der Patientinnen und Patienten in die geeignete Versorgungsebene: KV-Notdienstpraxis, ambulante Behandlung in der Notaufnahme oder stationäre Krankenhausaufnahme. Die Disposition geschieht unter ärztlicher Aufsicht.

Wenn es sich um einen ambulanten, im kassenärztlichen Bereich behandelbaren Fall handelt, wird die Patientin bzw. der Patient an die KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus weitergeleitet. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden so von leichteren Notfällen entlastet. Es wird einerseits die Patientenpräferenz berücksichtigt, einen kompetenten Versorger an zentraler Stelle im Notfall aufzusuchen. Andererseits wird die Akzeptanz erhöht, in einer ambulanten Praxis behandelt zu werden, da die Nähe zum Krankenhaus im Bedarfsfall eine sofortige Weiterbehandlung in einer höheren Versorgungsebene gewährleistet. Sollte bei einer Patientin bzw. einem Patienten eine fachärztliche Behandlung zwar notwendig, aber nicht zeitkritisch sein, kann die KV-Notdienstpraxis über die Terminservicestellen einen Facharzttermin innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten vermitteln.

Für ambulante Notfälle, die nicht selbstständig eine KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus aufsuchen können oder wollen, stellt die KV den Bereitschaftsdienst sicher. Die mobile Notfallversorgung wird durch die gemeinsame Leitstelle der KV und des Rettungsdienstes aktiviert, die auf Basis eines standardisierten Entscheidungsprozesses entweder den KV-Bereitschaftsdienst oder den Rettungsdienst zu den Patientinnen und Patienten entsendet.

Besteht bei in der ZNA vorstelligen Patientinnen und Patienten der Verdacht auf eine schwerwiegendere Erkrankung und die Notwendigkeit, eine stationäre Aufnahme abzuklären, verbleiben sie zur weiteren Diagnostik in der Notaufnahme. Patientinnen und Patienten können dort bei Bedarf bis zu 24 Stunden auf einer Kurzliegerstation verbleiben. Schwerwiegende Notfälle, die einer stationären Behandlung bedürfen, werden über die ZNA direkt stationär aufgenommen.

Patientinnen und Patienten müssen im Notfall eine zentrale Anlaufstelle haben.

Patientinnen und Patienten, die mit dem Rettungsdienst in die ZNA gebracht werden, erhalten dort ebenfalls eine Ersteinschätzung der Behandlungsschwere und anschließende „Wegweisung“ in die geeignete Versorgungsebene. Bei schweren Notfällen sollte der Rettungsdienst relevante Daten vorab an die ZNA übermitteln.

Finanzierung der Krankenhausambulanzen überprüfen

Die Finanzierung der Notfallversorgung in Krankenhausambulanzen steht auf dem Prüfstand. Hier ist die Vergütung von Notfallpatientinnen und -patienten mit Verdacht auf eine schwerwiegende Erkrankung, die zwingend der Struktur des Krankenhauses zur Abklärung einer stationären Aufnahme notwendig bedürfen, neu zu strukturieren.

Die ärztlichen Leistungen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie der Notdienstpraxen am Krankenhaus werden weiterhin nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ver-

gütet. Patientinnen und Patienten, die nicht vertragsärztlich versorgt werden können, weil die erforderliche Hintergrundsicherheit eines Krankenhauses nicht zur Verfügung steht, können als ambulante Fälle in der Notaufnahme des Krankenhauses behandelt werden. Ambulante

Notfalleleistungen in der Notaufnahme des Krankenhauses werden auf Basis des EBM abgerechnet, die der ergänzte Bewertungsausschuss für die Versorgung im Notfall und im Notdienst festlegt. Eine erforderliche Betreuung und Überwachung im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung vor

den Hintergrundstrukturen eines Krankenhauses ist im EBM aber noch nicht abgebildet. In der Folge besteht ein erhöhter Anreiz, Patientinnen und Patienten stationär aufzunehmen, um den Fall über das DRG-System abrechnen zu können und einen deutlich höheren Erlös zu erzielen. Für einen großen Anteil dieser „pseudostationären“ Eintagesfälle wäre eine stationäre Aufnahme nicht notwendig, und es kommt daher regelmäßig zu Streitigkeiten über eine primäre Fehlbelegung im Rahmen der Abrechnungsprüfung. Es sollten daher im EBM entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten für die stundenweise Betreuung und Überwachung im Rahmen der Notfallversorgung im Krankenhaus geschaffen werden.

Die Vergütung der ambulanten Leistungen im Notdienst erfolgt auch weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), unabhängig davon, ob sie von Vertragsärztinnen und -ärzten oder den Krankenhausambulanzen erbracht werden. Mögliche Verlagerungen von stationären Kurzzeitfällen in die ambulante Versorgung sollen entsprechend der bestehenden gesetzlichen Vorgaben künftig bei der Bemessung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden.

Im EBM sollten Abrechnungsmöglichkeiten für die stundenweise Betreuung und Überwachung im Rahmen der Notfallversorgung im Krankenhaus geschaffen werden.

Qualitätsstandards für den Rettungsdienst einführen

Der Zeitfaktor ist bei vielen Notfällen entscheidend für Heilungs- und Überlebenschancen. Um zu gewährleisten, dass Patientinnen und Patienten genau in jenes Krankenhaus transportiert werden, in dem ihr Fall zum aktuellen Zeitpunkt am besten behandelt werden kann, soll die Transparenz über verfügbare Behandlungskapazitäten für den Rettungsdienst verbessert werden. Zudem erfolgt aktuell die Beauftragung der Leistungserbringer im Rettungsdienst allein auf Basis des Preises, da keine geeigneten Qualitätsindikatoren vorhanden sind. Es sollten eine Richtlinie für Qualitätssicherung im Rettungsdienst entwickelt und perspektivisch bei der Beauftragung auch Qualitätsaspekte zugrunde gelegt werden.

Das nächstgelegene Krankenhaus ist nicht immer das geeignete Krankenhaus, um schwer erkrankte Patientinnen und Patienten zu versorgen. Entscheidend ist, dass die notwendigen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Moderne Kommunikationstechnologien ermöglichen einen Informationsaustausch in Echtzeit zwischen Krankenhäusern und Rettungsdiensten über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern. Es sollte zudem eine standardisierte prästationäre Ersteinschätzung (Triage) des Rettungsdienstes etabliert werden, um Patientinnen und Patienten, wenn nötig, in hochspezialisierte Zentren zu transportieren. Die hohe Transparenz über Versorgungskapazitäten ermöglicht es, bei besonders schwerwiegenden Notfällen (Verbrennungen, Polytrauma, Herzinfarkt, Schlaganfall) direkt spezialisierte Häuser anzusteuern. Der Rettungsdienst übermittelt die Behandlungsdringlichkeit und Eintreffzeit der Patientinnen und Patienten bereits vorab an das Krankenhaus, sodass man dort auf die Übernahme vorbereitet ist. Die Kommunikationssysteme werden bereits in einigen

Bundesländern (z. B. Hessen) eingesetzt und sind zukünftig bundesweit verpflichtend einzuführen. Da verschiedene Technologien mit unterschiedlichem Funktionsumfang eingesetzt werden können und teilweise bereits heute eingesetzt werden, ist sicherzustellen, dass diese länderübergreifend kompatibel sind.

Die präklinische Patientenversorgung wird heute nicht in Qualitätssicherungsmaßnahmen einbezogen, obwohl sie eine bedeutende Rolle für die gesamte Behandlungskette von Notfallpatientinnen und -patienten spielt. Es ist daher eine Dokumentation der Rettungsleitstellen sowie der Notarzt-Einsätze inklusive einer Behandlungsdokumentation auf Basis eines bundesweiten Datensatzformates einzuführen. Die Rettungsleitstellen und Notarztstandorte sollen die Datensätze verpflichtend an eine Qualitätsstelle liefern, welche die Daten jährlich auswertet und Maßnahmen zur Qualitätssicherung erarbeitet. Insgesamt sollte der gesamte Ablauf der Notfallrettung - mit und ohne Notarztbeteiligung - anhand von Qualitätsindikatoren beschrieben werden können. Vor diesem Hintergrund ist auch eine Zusammenführung von präklinischen und klinischen Daten erforderlich, da die Diagnosestellung häufig erst im Krankenhaus abgeschlossen werden kann. Einzelne Bundesländer sehen bereits eine Datenzusammenführung in den Landesrettungsdienstgesetzen vor (Bayern, Schleswig-Holstein). Es sollten hier bundesweite Mindeststandards für die Dokumentation, die übergreifende Datenzusammenführung und die Qualitätssicherung vorgegeben werden. Auf dieser Basis sollen Qualitätsmindeststandards entwickelt werden, die bei der Beauftragung der Leistungserbringer zukünftig zu berücksichtigen sind.

Der gesamte Ablauf der Notfallrettung sollte anhand von Qualitätsindikatoren beschrieben werden können.

Gemeinsame Leitstellen etablieren

Für eine bessere Steuerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgung ist eine enge Kooperation zwischen den Leitstellen des KV-Notdienstes und den Rettungsleitstellen erforderlich. Da die Nummer des KV-Notdienstes vielen Patientinnen und Patienten nicht bekannt ist, wird die Notrufnummer des Rettungsdienstes auch von Patientinnen und Patienten genutzt, die ambulant behandelt werden könnten. Derzeit besteht keine regelhafte Kooperation zwischen beiden Leitstellen und es erfolgt keine Übergabe des Patientenfalles an den KV-Notdienst.

Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene Kooperation von Rettungsleitstellen und KV-Notdienst (§ 75 Abs. 1b S. 6 SGB V) sowie die vorgesehenen Empfehlungen der gemein-

samen Landesgremien zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung (§ 90a Abs. 1 S. 2 SGB V) scheitern an der praktischen Umsetzung, da Haftungsfragen bei einer Übergabe des Patientenfalles von der Rettungsleitstelle an den KV-Notdienst nicht geklärt sind. So-

lange es keine rechtssichere Entscheidungsgrundlage für die Auswahl einer angemessenen mobilen Notfallversorgung gibt, schicken die Leitstellen zur Vermeidung von Haftungsrisiken immer ein Rettungsmittel.

Es ist notwendig, dass beide Notrufnummern an einer Stelle zusammenlaufen, an der speziell geschultes Personal die Entscheidung für die geeignete mobile Notfallversorgung trifft.

Es ist daher notwendig, dass beide Notrufnummern (112 und 116117) an einer Stelle zusammenlaufen, an der speziell geschultes Personal auf Basis einer standardisierten Entscheidungskaskade die Entscheidung für die geeignete mobile Notfallversorgung - den Rettungsdienst oder den aufsuchenden Bereitschaftsdienst der KV - trifft. Die standardisierte Entscheidungsunterstützung bietet eine rechtliche Absicherung für das Personal in der gemeinsamen Leitstelle. Es ist zudem sicherzustellen, dass bei der Übertragung des Patientenfalles an die koordinierende Person des KV-Notdienstes bzw. des Rettungsdienstes eine sofortige Weiterbearbeitung erfolgt. Es muss gewährleistet sein, dass es nicht zu einer Überbelastung der Rettungsnummer 112 kommt und die Annahme von lebensbedrohlichen Notfällen gefährdet wird.

In Frankreich und anderen europäischen Ländern gibt es bereits ein vergleichbares Modell von integrierten Telefonzentralen. Patientinnen und Patienten können über eine einheitliche Nummer sowohl den Notdienst rufen als auch von geschulten Telefonistinnen und Telefonisten Informationen zu einer geeigneten nahegelegenen medizinischen Einrichtung einholen. Das Personal in den Telefonzentralen hat einen Gesamtüberblick über medizinische Einrichtungen und dort verfügbare Ressourcen, insbesondere zu den Notaufnahmen, zu den verfügbaren Krankenhausbetten und zum ärztlichen Notdienst.

Transparenz in der Notfallversorgung schaffen und Qualität steigern

Eine verbesserte und standardisierte Dokumentation sollte Transparenz schaffen und die Grundlage für Qualitätssicherung und strukturelle Weiterentwicklungen der Notfallversorgung bilden.

Über die Notfallversorgung der geschätzt über 21 Millionen Notfallpatientinnen und -patienten pro Jahr existieren keine bundesweiten Daten. Außer stichprobenhaften Datenerhebungen im Rahmen von einzelnen Umfragen oder Studien sind keine regelmäßigen und einrichtungsübergreifenden Datenerhebungen in der klinischen Notfallmedizin vorhanden. Für eine geeignete Weiterentwicklung der Notfallstrukturen und der Vergütung von Notfalleistungen sowie für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Qualitätssicherungsmaßnahmen wäre mehr Transparenz über das Geschehen in den Notaufnahmen dringend geboten. In den Notaufnahmen gibt es die unterschiedlichsten Vorgehensweisen bei der Dokumentation, was die Zusammenführung und Auswertung der Daten erschwert. Es sollte daher einerseits ein Fachabteilungsschlüssel für Notaufnahmen eingeführt werden, um die dort erbrachten Leistungen (OPS/ICD) eindeutig der Notaufnahme zuordnen zu können. Andererseits sollte ein nationaler Dokumentationsstandard für Notaufnahmen etabliert werden. Die Sektion „Notaufnahmeprotokoll“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin arbeitet bereits seit einigen Jahren an einem Notarzteinsatzprotokoll für eine einheitliche klinische Dokumentation von Notfallpatientinnen und -patienten aller Fachdisziplinen.

Die administrative Kodierung „Notfall“ wird im Aufnahmedatensatz aktuell willkürlich ohne einheitliche Definition verwendet. Es findet keine Unterscheidung zwischen einem „echten Notfall“, bei dem innerhalb kürzester Zeit eine Behandlungsmaßnahme erforderlich ist, und einem „Akutfall“ statt. Es sollten daher zukünftig Angaben über die Zeit bis zur ersten Prozedur erfasst und nur solche Fälle als Notfall kodiert werden, bei denen innerhalb kürzester Zeit ein Behandlungsbedarf besteht. Denn nur für diese Fälle sind rund um die Uhr, insbesondere in Nebenzeiten, Notfallvorhaltungen erforderlich.

Der Notfall sollte definiert und ein nationaler Dokumentationsstandard für Notaufnahmen etabliert werden.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de