



# Positionspapier der KVB zur vierten Stellungnahme der Regierungskommission Reform der Notfall- und Akutversorgung

## Einleitung

Die Schnittstellen in der Notfall- und Akutversorgung sind vielfältig: Notaufnahmen, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst mit Sitz- und Fahrdiensten, Rettungsdienst mit Notarztversorgung, integrierte Leitstellen, Vermittlungsstelle 116 117, Krankenhausversorgung und Regelversorgung im ambulanten Bereich bis hin zur stationären Aufnahme. Keine dieser Strukturen kann nur für sich betrachtet oder eigenständig reformiert werden.

Kenner des Gesundheitssystems wissen, dass die Vernetzung aller Beteiligten sehr komplex ist und eine Änderung an einer Stelle starke Auswirkungen an einer anderen zur Folge hat. Deshalb kann ein Reformvorschlag, an dem keine Experten aus der Praxis mitgewirkt haben, nicht funktionieren und dessen Umsetzung möglicherweise sogar zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung der Menschen führen.

Gemeinsam für alle an der Notfall- und Akutversorgung Beteiligten gilt: es herrscht ein gravierender Personalmangel. Es fehlen Ärztinnen und Ärzte, qualifiziertes Fachpersonal wie Medizinische Fachangestellte (MFA), Pflegepersonal, Intensivpfleger/-schwestern, Notfallsanitäter, Disponenten in den Leitstellen und Vermittlungszentralen.

Zudem macht sich gerade in der Notfallversorgung die fehlende Steuerung der Patienten besonders negativ bemerkbar. Eigentlich sollte jeder Patient einen festen Hausarzt als ersten Ansprechpartner haben, der ihn betreut und ihn durch das System navigiert – so, wie dies früher häufig der Fall war.

Die fehlende Steuerung führt dazu, dass Patienten Notaufnahmen auch dann aufsuchen, wenn ihnen in den Praxen am besten geholfen wäre. Des Weiteren hat die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung nachgelassen. Ständen in früheren Zeiten Großeltern

oder andere Familienmitglieder mit Rat und Tat zur Seite, ist inzwischen das mit dem Siegel einer künstlichen Intelligenz versehene Internet ein viel gefragter, aber in vielen Fällen unzuverlässiger Ansprechpartner.

## Sachstand in Bayern

In der Regelversorgung in Bayern sind bereits 430 Vertragsarzt-sitze im hausärztlichen Bereich unbesetzt. Bei den spezialisierten Fachärzten sind es zirka 130 unbesetzte Stellen. Die Tendenz ist stark steigend. Es herrscht auf Grund der seit Jahrzehnten zu geringen Zahl an Studienplätzen nicht nur ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Auch hat sich die Einstellung zur sogenannten Work-Life-Balance mittlerweile geändert. Der Trend geht insbesondere bei den jüngeren Ärztinnen und Ärzten in Richtung Anstellung und Teilzeitarbeit.

Dies betrifft auch die Krankenhäuser und damit Notaufnahmen. Würden zudem Vorschläge der Regierungskommission, wie eine 24/7-Abdeckung in den Ärztlichen Bereitschaftspraxen und im fahrenden Bereitschaftsdienst, realisiert werden, würde dies die Regelversorgung massiv beeinträchtigen. Ärzte müssten zwangsweise in Bereitschaftspraxen arbeiten. Um diese Dienste oder damit verbundene Ruhezeiten realisieren zu können, müssten Praxen ihre normalen Öffnungszeiten reduzieren.

Die eigenen Patienten, die sich eigenverantwortlich um Termine kümmern, würden vor verschlossenen Praxen stehen und sich im Bedarfsfall dann vermehrt an Notaufnahmen der Krankenhäuser oder Bereitschaftspraxen wenden. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat hierzu konkrete Berechnungen angestellt. Die zu erwartende Mehrbelastung würde ältere Kolleginnen und Kollegen mit Sicherheit dazu veranlassen, sich früher als geplant aus der Praxis zurückzuziehen, was den Mangel weiter verstärken würde. Zudem ist absehbar, dass immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte „in die Niederlassung gehen“, wenn keine spürbare Entlastung durch eine bessere Patientensteuerung erfolgt.

Wichtig für alle Reformbemühungen ist, zunächst das Erreichte festzustellen. Seit Jahren betreibt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit hohem Aufwand eine gut erreichbare und bedarfsgerechte 24/7-Versorgung der ambulant zu behandelnden Patientinnen und Patienten in Bayern. Dies umfasst vor allem auch die

Zeiten der normalen Sprechstundentätigkeit der niedergelassenen Haus- und Fachärzte und zusätzlich die sprechstundenfreien Zeiten spät abends und nachts, sowie an Wochenenden und Feiertagen (Ärztlicher Bereitschaftsdienst). Die Versorgung im Bereitschaftsdienst orientiert sich dabei an den Prinzipien des „abwartenden Offenhaltens“ und „Abwendung eines gefährlichen Verlaufs“. Das bedeutet, dass eine Erkrankung nicht abschließend diagnostiziert werden muss. Dies gilt in der normalen hausärztlichen Versorgung zur Sprechstundenzeit übrigens ganz genauso!

In diesem Sinne geht es im Bereitschaftsdienst um die den gesundheitlichen Beschwerden angemessene Überbrückung der Zeit bis zur nächsten Sprechstunde der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Allerdings unterscheidet sich diese Art der Diagnostik und Behandlung oft von der in einer Notaufnahme eines Krankenhauses. In den Kliniken wird in der Regel mit hohem zeitlichen, personellen und apparativen Aufwand sowie entsprechend hohen Kosten versucht, eine abschließende Diagnose zu stellen.

Auch in Bayern werden von den Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser und auch der Rettungsdienst zu oft in Situationen in Anspruch genommen, die einer Notfallbehandlung nicht bedürfen. Dies führt in diesen Versorgungsstrukturen zu Problemen und verursacht unnötige Kosten im Gesundheitswesen.

Gründe hierfür sind – wie bereits einleitend dargestellt – eine zunehmend schlechtere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und eine fehlende Steuerung der Patienten im Gesundheitssystem sowohl zur normalen Sprechstundenzeit der Praxen, aber noch mehr zu Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Das Positionspapier der Expertenkommission des Bundesgesundheitsministers enthält teilweise gute Ansätze, gelangt aber zu falschen Schlüssen und Empfehlungen. Manche der vorgeschlagenen Empfehlungen würden die Fehlsteuerung zementieren und sogar verstärken, falsches Verhalten einer geringen Anzahl von Patienten sogar belohnen und eine neue Versorgungsstruktur mit neuen Schnittstellen einführen. Zudem lassen die Personalengpässe sowohl im stationären Bereich (und damit in den Notaufnahmen) sowie im ambulanten Bereich (Stichwort: Hausärztemangel) diese Ausweitung der Versorgungszeiten und Strukturen gar nicht zu. Wir müssen lernen, Bedarf von Bedürfnis zu unterscheiden. Gesundheitsversorgung der Zukunft kann nicht bedeuten: jeder zu jeder Zeit überall von jedem alles.

Was die Bereitschaftsdienststrukturen betrifft, sind wir in Bayern seit Jahren auf einem guten Weg und entwickeln diese Strukturen ständig weiter. Daher positionieren wir uns gegen die Vorschläge der Expertengruppe und fordern regional angepasste Lösungen, die die Krankenhäuser und KVen vor Ort entwickeln. Jede Region ist unterschiedlich und hat verschiedene Ansprüche und Probleme. Ländliche Regionen unterscheiden sich von den städtischen und auch auf dem Land gibt es unterschiedliche Gegebenheiten.

Die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Bayern wurde im November 2018 abgeschlossen. Damit wurde neben der regulären ambulanten ärztlichen Versorgung ein flächendeckendes Netz von 126 zentral gelegenen Bereitschaftspraxen, überwiegend an Krankenhäusern, eingerichtet. Über 99 Prozent der Bürgerinnen und Bürger im Freistaat erreichen diese innerhalb von 30 Minuten.

Darüber hinaus wurde ein separater Fahrdienst mit bis zu 120 Fahrzeugen für medizinisch notwendige Hausbesuche eingerichtet. Mit dem Start des Terminservice- und Versorgungsgesetzes wurden die Forderungen aus der Politik umgesetzt. Seit über zehn Jahren ist die 116117 in Bayern rund um die Uhr erreichbar. Dieser Qualitätsstandard für unsere Patientinnen und Patienten ist möglich, da das KV-System in ihren 116117 - Vermittlungszentralen immer mehr auf den wichtigsten Faktor der Zukunft setzt: **die ressourcenoptimierte Steuerung der Patientinnen und Patienten unter höchster Beachtung der Patientensicherheit.**

## **Ziele, Maßnahmen und Forderungen für eine zukunftssichere Notfall- und Akutversorgung**

### **Bessere Patientensteuerung zur Vermeidung von Fehlallokationen**

Patientinnen und Patienten müssen dort behandelt werden, wo ihre Versorgung am effektivsten geleistet werden kann. Dies erfordert zunächst, dass alle Eingangskanäle in die Gesundheitsversorgung miteinander vernetzt werden. Dadurch wird die Patientensicherheit erhöht und der Einsatz von Fachpersonal an diesen Schnittstellen minimiert. Gleichzeitig werden bereits hier Doppelstrukturen vermieden.

Um dies zu erreichen, erfordert jede Inanspruchnahme des Systems eine strukturierte medizinische Ersteinschätzung. Dies gilt für die telefonische Inanspruchnahme über die 116117 und die 112 ebenso wie für die Bereitschaftspraxen und Notaufnahmen. Nur so kann Vertrauen in die verschiedenen Zweige des Gesundheitssystems aufgebaut und können Vorbehalte gegen eine vermeintlich schlechtere Versorgung in dem einen oder anderen Zweig abgebaut werden.

Es liegen bereits gut evaluierte Ersteinschätzungsverfahren vor. Ein Beispiel hierfür ist die Strukturierte medizinische Ersteinschätzung für Deutschland (SmED). Eine Abstimmung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Etablierung eines solchen Ersteinschätzungsverfahrens steht kurz vor dem Ende und sollte beschlossen werden. Nur so kann trotz angespannter personeller Ressourcen in allen Bereichen eine gute Patientenversorgung erhalten werden. Es ist daher unverständlich und irritierend, dass der Gesetzgeber den guten Verlauf der Beratungen im G-BA zu einer strukturierten Überleitung von Patienten aus den Notaufnahmen in Notfallpraxen und damit hin zu den Vertragsarztpraxen durch eine Gesetzgebung in einer Nacht- und Nebelaktion gekippt hat.

Wir wollen den Patienten in dieses Steuerungssystem aktiv einbeziehen, damit dieser sein Gesundheitsproblem durch gezielte Fragen besser selbst einschätzen kann (siehe letzter Punkt „Digitale Medizin“).

### **Zusammenarbeit und technische Vernetzung der 112 und 116117 in Bayern**

Die Regierungskommission empfiehlt in ihrer vierten Stellungnahme eine enge Zusammenarbeit der für die 112 zuständigen integrierten Leitstellen mit den für die 116117 etablierten Vermittlungszentralen. In Bayern wird diese Vernetzung bereits im Herbst 2023 Realität werden.

Damit werden beide Systeme digital miteinander verbunden sein und die Vorteile vor allem für die Patientinnen und Patienten werden deutlich sichtbar: Doppelanrufe und Pingpong-Effekte werden vermieden und Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt.

Gleichzeitig bleiben die Kompetenzen auf beiden Seiten erhalten. Ein besonderer Vorteil wird im direkten Austausch von Patientendaten und dem Ergebnis der strukturierten Erstanamnese erzielt werden. Dieser hocheffektive und schnelle Datenaustausch ohne redundante Erfassung in hochkritischen Bereichen wird zu einer besseren Patientensicherheit und schnelleren Versorgung, vor allem in lebensbedrohlichen Situationen führen. Zudem kann dadurch auch der Rettungsdienst teilweise entlastet werden. Voraussetzung für eine optimierte Zusammenarbeit und die gegenseitige Übergabe von Hilfeersuchen an die jeweils adäquate Stelle ist, dass auch die Leitstellen des Rettungsdienstes ein strukturiertes Abfragesystem nutzen. Dies erlaubt eine präzise Definition der Fallkonstellationen für eine gegenseitige Übergabe und ein Qualitätsmanagement dieser Prozesse und erhöht somit insgesamt Effizienz und Patientensicherheit.

#### **Ausbau der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns**

An den 126 Bereitschaftsdienstpraxen, die überwiegend an bayerischen Kliniken angesiedelt sind, werden außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in der Regel bis 21 Uhr Patientinnen und Patienten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder deren Vertretern (Poolärztinnen und -ärzten) behandelt. Im Anschluss daran, zu Zeiten, in denen die Inanspruchnahme stark absinkt, werden die Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ambulant versorgt - einvernehmlich durch Kooperationsverträge mit den Kliniken geregelt. Wie im Bereitschaftsdienst üblich, ist die Versorgung auch in den Kooperationszeiten auf die Überbrückung der Zeit bis zur nächsten Sprechstunde der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausgerichtet.

Um das etablierte System weiterhin zu stärken und zu entwickeln, ist die Einführung eines „digitalen Fallaustauschs“ über die Sektoren hinweg dringend notwendig. Die bestehenden Medienbrüche müssen abgebaut und die Verzahnung zwischen der ambulanten Versorgung und den stationären Versorgungsangeboten forciert werden.

#### **Schaffung von regionalen Lösungen in der Zusammenarbeit am gemeinsamen Tresen**

Patientinnen und Patienten, die sich tagsüber mit ambulant zu versorgenden Beschwerden in Notaufnahmen vorstellen, sollen nach einer Ersteinschätzung an einem gemeinsamen Tresen wieder in die ambulante Versorgung gelenkt werden. Die Versorgung findet somit nicht mehr in den Notaufnahmen statt, sondern lediglich die Feststellung der Behandlungsdringlichkeit

#### **Machbarkeitsstudie/Dispo-Akut-Projekt – Vernetzung vorhandener Systeme und digitaler Systemansatz**

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und das RoMed-Klinikum in Rosenheim haben im Jahr 2021 eine Machbarkeitsstudie zur Steuerung von Patientinnen und Patienten durchgeführt. Hierbei wurde die stufenweise Versorgung nach einer individuellen Ersteinschätzung mittels des Manchester-Triage-System (MTS) und der Strukturierten medizinischen Ersteinschätzung für Deutschland (SmED) erfolgreich getestet.

Damit wurde für Patientinnen und Patienten, bei denen aus medizinischen Gründen keine Notwendigkeit einer Behandlung in der Notaufnahme bestand, eine zeitnahe ambulante Versorgung in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte organisiert. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass eine sichere Lenkung der Patienten außerhalb der Öffnungszeiten der kassenärztlichen Bereitschaftspraxen zu Kooperationspraxen im vertragsärztlichen Bereich patientensicher möglich ist. Diese erfolgt mit einem elektronischen Ticket über die Terminservicestelle.

Bei dieser Machbarkeitsstudie wurde ebenfalls eine abschließende Behandlung mittels Videotelefonie in der Klinik erfolgreich getestet.

Diese Erfahrungen und Ergebnisse werden aktuell in einer Folgestudie vertieft und erweitert und geben hinsichtlich regional angepasster Lösungen einen Ausblick darauf, was eine gute medizinische und vor allem ressourcenschonende Versorgung ausmacht.

## „24/7“: Präklinische Patientensteuerung und ein gemeinsamer Tresen statt teurer Doppelstrukturen in einem INZ

Patienten, die sich selbst mit gesundheitlichen Beschwerden in der Notaufnahme vorstellen, die keine sofortige Behandlung durch die Notaufnahme erfordern, werden in Abhängigkeit von der Uhrzeit und der Art ihrer Beschwerden in eine geeignete Einrichtung der vertragsärztlichen Versorgung vermittelt. Zu den allgemeinen Sprechzeiten sind dies geeignete Praxen im Umfeld des Krankenhauses, die kurzfristig Patienten aufnehmen. Zu Bereitschaftszeiten sind es die Bereitschaftspraxen. Ob Patienten für eine Weiterleitung infrage kommen, kann zum Beispiel mittels SmED bereits durch die Sichtungskräfte am Aufnahmetresen geprüft werden. Die KVB ermöglicht den Kliniken einen Zugang zum elektronischen Buchungssystem für Akuttermine. In wenigen besonders großen Notaufnahmen ist die Einrichtung eines gemeinsamen Tresens möglich, meist dürfte aber eine telefonische oder digitale Unterstützung des Ersteinschätzungsprozesses ausreichen.

## Präklinische Patientensteuerung zwischen Rettungsdienst und ambulantem Versorgungsbereich

Seit April 2023 wird im Rahmen eines Pilotprojekts des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren in Zusammenarbeit mit dem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Regensburg, dem Bayerischen Roten Kreuz und dem Malteser Hilfsdienst auf einem Rettungseinsatzfahrzeug (REF), das von einem Notfallsanitäter besetzt ist, SmED zur Entscheidungsfindung und medizinischen Absicherung eingesetzt.

Das REF wird von der Integrierten Leitstelle Regensburg bei Einsatzmeldebildern ohne eindeutigen Notfall alarmiert. Vor Ort bewertet der Notfallsanitäter mithilfe von SmED den Gesundheitszustand und leitet diesen anschließend an den geeigneten Versorgungsweg weiter, sei es ein Rettungswagen, ein Krankentransport oder in den ersten Ergebnissen häufig der Bereitschaftsdienst. SmED unterstützt somit den eigenverantwortlichen Einsatz der Rettungskraft und gewährleistet gleichzeitig die Absicherung der getroffenen Entscheidungen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) unterstützt dieses Pilotprojekt sektorenübergreifend, indem sie SmED bereitstellt und bei der Anwendung unterstützt.

## Digitale Medizin

Verlässliche und qualifizierte Informationsquellen müssen in kostenfreien Informationsmedien für jeden Bürger abrufbar sein. Auch die richtige Versorgungsebene muss mittels einer digitalen Ersteinschätzung im Self-Service für jeden Bürger kostenfrei erreichbar sein und die jeweiligen Versorgungsebenen in Echtzeit darstellen. „SmED-Patient“ bietet diese Unterstützung und wird noch in diesem Jahr im KV-System eingeführt.

## Fazit

Die bestehenden Strukturen bieten bereits jetzt vielfältige Möglichkeiten zur Notfall- und Akutversorgung. Neue Strukturen sollten daher auf dem Bestehenden aufbauen und stets das drängendste Problem in den Mittelpunkt stellen: Eine qualitativ hochwertige, aber den Grundsätzen des SGB V entsprechende Patientenversorgung (wirtschaftlich, ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend) unter dem Gesichtspunkt des zunehmenden Fachkräftemangels in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Um dies zu erreichen, sind regionale Lösungen, insbesondere zur Patientensteuerung, gefragt, die den Aufbau von Doppelstrukturen in der Akut- und Notfallversorgung vermeiden. Diese müssen dem Grundsatz folgen, dass die Akut- und Notfallversorgung etwas Besonderes bleiben muss. Wo immer möglich, muss daher die Steuerung in die Regelversorgung Vorrang vor einem Ausbau der Notfallversorgung haben.

Außerdem muss die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden. Dies fängt bereits in Kindergärten und Schulen an und ist eine Aufgabe von Politik und Gesellschaft.