

Ambulante Notfallversorgung



ANALYSE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis.....	1
Abbildungsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	3
Executive Summary.....	5
1 Einleitung und Problembeschreibung.....	9
Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung.....	9
Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser.....	15
Identifizierte Schwachstellen in der ambulanten Notfallversorgung.....	16
2 Empfehlungen zur Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung durch Portalpraxen.....	21
Handlungsempfehlung 1.....	21
Handlungsempfehlung 2.....	23
Handlungsempfehlung 3.....	27
Handlungsempfehlung 4.....	28
3 Weitere Empfehlungen zur ambulanten Notfallversorgung.....	31
Handlungsempfehlung 5.....	31
Handlungsempfehlung 6.....	36
Handlungsempfehlung 7.....	37
Handlungsempfehlung 8.....	39
4 Fazit.....	41
Glossar.....	43
Anhang.....	47
Literatur.....	51
Impressum.....	54

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: Verteilung der allgemeinärztlich ausgerichteten Notdienstpraxen mit festem Standort.....	12
ABBILDUNG 2: Verteilung der kinderärztlichen Notdienstpraxen mit festem Standort	14
ABBILDUNG 3: Entwicklung der Rettungsdienstesätze in Deutschland von 1994 bis 2013	17
ABBILDUNG 4: Einsatzanlässe bei Notfällen (mit und ohne Notarztbeteiligung) in Deutschland 2012/2013	18
ABBILDUNG 5: Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten bei einem Notfall.....	20
ABBILDUNG 6: Weiterleitung von Patienten durch die zentrale Anlaufstelle der Portalpraxis.....	24
ABBILDUNG 7: Versorgung von Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten	25
ABBILDUNG 8: Mögliches zukünftiges System einer Leitstellendisposition	33
ABBILDUNG 9: Ergebnisse der Recherchen	48

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Beschreibung
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (USA)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BÄK	Bundesärztekammer
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
DGINA	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.
DRK	Deutsches Rotes Kreuz e.V.
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EMBASE	Excerpta Medica Database
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-I-N	Guidelines International Network
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)
GNPI	Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V.
HTA	Health Technology Assessment
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
IQN	Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz (Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein KdöR
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg KdöR
NHS	National Health Service (Großbritannien)
NIHR	National Institute for Health Research
NLM	National Library of Medicine
RIN	Richtlinien für integrierte Netzgestaltung
SGB	Sozialgesetzbuch
SQR-BW	Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg
TEWEB	Telefonischer und webbasierter Erstkontakt in Niederösterreich
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
vpsg	Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V.

EXECUTIVE SUMMARY

Die ambulante Notfallversorgung ist stark durch die sektorale Trennung gekennzeichnet. Der ärztliche Notdienst¹, die Notaufnahmen der Krankenhäuser und der Rettungsdienst arbeiten oftmals parallel und sind nicht gut miteinander verzahnt. Gemäß Sicherstellungsauftrag (§ 75 SGB V) sollten ambulante Notfallpatienten² rund um die Uhr im vertragsärztlichen Bereich (inklusive des ärztlichen Notdienstes) versorgt werden. Allerdings zeigt sich, dass Patienten auch in unkritischen Situationen häufig die Notaufnahmen der Krankenhäuser oder auch den Rettungsdienst in Anspruch nehmen. Die Gründe sind unklare Zuständigkeiten, aber auch ein verändertes Patientenverhalten und die Erwartung einer besseren und schnelleren Versorgung. Es existiert häufig keine Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsstruktur. Die Entscheidung, in welchem Bereich der ambulanten Notfallversorgung die Patienten versorgt werden, hängt daher vor allem von ihren eigenen Einschätzungen, Erwartungen und Wünschen ab.

In diese Situation versucht der Gesetzgeber regulierend einzugreifen: Anfang 2016 trat das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) in Kraft. Demnach sollen zur Behandlung von ambulanten Notfallpatienten Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern eingerichtet oder Notaufnahmen der Krankenhäuser über Kooperationen stärker in den Notdienst eingebunden werden³. Eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen hat diese Notdienstpraxen bereits vor Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes eingerichtet, andere müssen hier noch aufholen. Die bisherige Umsetzung ist allerdings regional sehr unterschiedlich und für die Patienten nicht immer transparent. Darüber hinaus ist die alleinige Einführung dieser Strukturen noch nicht ausreichend für ein Gesamtkonzept einer ambulanten Notfallversorgung. Weitere zu lösende Probleme liegen im Bereich der Leitstellen, der Versorgung durch niedergelassene Ärzte sowie der Qualifikation des Personals und der Patientenkompetenzen.

Die Zielsetzung des vorliegenden Gutachtens besteht darin, die derzeitige Versorgungssituation zu analysieren und auf dieser Grundlage Handlungsempfehlungen zur Verbesserung zu formulieren. Eine Neuausrichtung der ambulanten Notfallversorgung sollte sich auf eine stärkere Kooperation und Vernetzung der Akteure konzentrieren. Durch bundesweite Regelungen zu eindeutigen und zentralen Ansprechpartnern mit klaren Zuständigkeiten sollen die Patienten besser in die für sie angemessene Versorgungsstruktur geleitet werden. Zusätzlich müssen die Patienten dazu befähigt werden, sich besser in den bestehenden und zukünftigen Versorgungsstrukturen zurechtzufinden.

Handlungsempfehlung 1: Portalpraxen einrichten

Um dem Problem der steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen zu begegnen, sollen Portalpraxen an Krankenhäusern eingerichtet werden. Eine Portalpraxis besteht immer aus einer zentralen Anlaufstelle, an die sich Patienten im Notfall wenden können und von der aus sie in die für sie richtige Versorgungsstruktur geleitet werden. Zusätzlich kann eine kassenärztliche Notdienstpraxis integriert sein, in der die ärztliche Behandlung der ambulanten Notfallpatienten erfolgt.

¹ Die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten wird als ärztlicher Notdienst bzw. ärztlicher Bereitschaftsdienst bezeichnet.

² Der Begriff „ambulante Notfallpatienten“ wird aufgrund der leichteren Lesbarkeit für „Notfallpatienten, die im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden sollten“ verwendet (siehe [Kapitel 1](#)).

³ Die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, zur Sicherstellung des Notdienstes auch mit zugelassenen Krankenhäusern zu kooperieren, wurde bereits im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) Mitte 2015 geregelt.

Grundlage für die Einrichtung der Portalpraxen soll das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließende gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sein (§ 136c Abs. 4 SGB V). Zentrale Anlaufstellen sollen an allen Krankenhäusern eingeführt werden, die gemäß diesem gestuften System 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr eine Notaufnahme betreiben. An vielen dieser Standorte wird es sinnvoll sein, auch eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in die Portalpraxis zu integrieren. Ausnahmen betreffen Fach- oder Spezialkrankenhäuser sowie Krankenhäuser mit einer vergleichsweise geringen Anzahl ambulanter Notfälle.

Handlungsempfehlung 2:

Verlässliche Öffnungszeiten und Zuständigkeiten definieren

Der ärztliche Notdienst und die Notdienstpraxen sind derzeit regional sehr unterschiedlich organisiert. Öffnungszeiten und Ansprechpartner sind für die Patienten nicht immer transparent, sodass sie häufig die uneingeschränkt geöffneten und gut auffindbaren Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen.

Die mit den Portalpraxen eingeführten zentralen Anlaufstellen für Notfallpatienten sollen rund um die Uhr verfügbar sein. Unabhängig davon, ob eine Notdienstpraxis integriert ist, muss eine ambulante ärztliche Notfallversorgung zu jeder Zeit sichergestellt sein. In Vereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus ist daher klar festzulegen, welche konkreten Strukturen vor Ort zur Verfügung stehen, in die ambulante Notfallpatienten weitergeleitet werden können.

Grundsätzlich soll gelten: Innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten sollen niedergelassene Ärzte weiterhin die primären Ansprechpartner für ambulante Notfallpatienten sein. Für die Zeit außerhalb dieser Sprechstundenzeiten übernehmen in der Regel die Notdienstpraxen die Versorgung dieser Patienten. Ausnahmen bestehen für Zeiten oder für Standorte mit einem geringen Aufkommen ambulanter Notfallpatienten.

Handlungsempfehlung 3:

Standardisierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patienten etablieren

Vielorts wurden noch keine Vereinbarungen zwischen Notdienstpraxis und Notaufnahme getroffen, wie die Patienten in die beiden Bereiche gelenkt werden sollen. Zudem fehlt bisher eine standardisierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patienten, um diese gezielt den Leistungserbringern zuzuweisen.

Mithilfe einer standardisierten Einschätzung soll gewährleistet werden, dass die Patienten einheitlich und nachvollziehbar entweder der Notdienstpraxis, der Notaufnahme oder dem niedergelassenen haus- bzw. fachärztlichen Bereich zugeordnet werden. Dabei kann auf bereits bestehende, algorithmusbasierte Triagesysteme zurückgegriffen werden. Diese müssen weiterentwickelt werden, um den spezifischen Anforderungen gerecht zu werden.

Handlungsempfehlung 4:

Kooperationsvereinbarungen schließen und Vergütungsregelungen anpassen

Das Konzept der Portalpraxen setzt voraus, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser personell, räumlich und in Bezug auf die Nutzung der Infrastruktur eng zusammenarbeiten. Zu diesem Zweck müssen vertragliche Vereinbarungen geschlossen werden. Die Vergütung entsprechender Aufwände der Krankenhäuser soll individuell zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem jeweiligen Krankenhaus geregelt werden.

Personelle Kooperationen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenhäusern sind wesentlich, um die ambulante Notfallversorgung bundesweit sicherzustellen. Falls die Kassenärztlichen Vereinigungen in bestimmten Notdienstbezirken eine festzulegende Anzahl an Ärzten für die Notfallversorgung je 100.000 Einwohner nicht bereitstellen können, sollen sie Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern vor Ort schließen.

Um die vorhandenen Ressourcen effizient zu nutzen, sollten Notdienstpraxen und Krankenhäuser medizintechnische Geräte, Labordiagnostik oder Behandlungsräume möglichst gemeinsam nutzen. Des Weiteren wäre es sinnvoll, gemeinsame Softwarelösungen zu implementieren, um Informationen zu den Patienten bei Bedarf reibungslos weitergeben zu können.

Um die Weiterleitung von Patienten durch die zentrale Anlaufstelle der Portalpraxis in den vertragsärztlichen Bereich zu fördern, kann die Einführung einer Abklärungspauschale auf Basis der etablierten Kalkulation nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) als Vergütungsanreiz sinnvoll sein.

Handlungsempfehlung 5: Gemeinsame Leitstellen einrichten

In der Regel sind die Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) sowie die Rettungsleitstellen (112) unabhängig voneinander organisiert. Da die Leitstellen häufig nur unzureichend miteinander kooperieren und zudem eine standardisierte Notrufabfrage fehlt, bestimmt oftmals allein die Wahl der Rufnummer den weiteren Versorgungsweg der Patienten. Problematisch ist des Weiteren, dass den Patienten die Rufnummer des ärztlichen Notdienstes noch nicht flächendeckend bekannt ist.

Zur Vermeidung von Rettungsdienstseinsätzen bei ambulanten Notfallpatienten sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsleitstellen besser kooperieren. Ideal wäre eine vollständige Integration der Leitstellen. Bei lebensbedrohlichen Notfällen müssen Anrufe bei der Rufnummer 116 117 unmittelbar an den Rettungsdienst weitergeleitet werden können. Umgekehrt müssen Anrufe bei der Rufnummer 112 an den ärztlichen Notdienst weitergeleitet werden, wenn eine Behandlung durch diesen ausreicht.

In der gemeinsamen Leitstelle soll eine standardisierte Notrufabfrage anhand von einheitlichen Kriterien erfolgen. Dadurch können die Patienten gezielt der für sie angemessenen Versorgungsstruktur zugeordnet werden.

Wie der Notruf 112 soll auch die bundeseinheitliche Rufnummer des ärztlichen Notdienstes 116 117 rund um die Uhr mit einem persönlichen Ansprechpartner besetzt sein, um unnötige Besuche von Notaufnahmen oder unnötige Rettungsdienstseinsätze zu verhindern. Weitere Services, wie Informationen zu fach- und kinderärztlichen Notdiensten sowie der Hinweis auf niedergelassene Ärzte in der Umgebung der Patienten könnten zu einer zusätzlichen Entlastung der Notaufnahmen führen.

Handlungsempfehlung 6: Angebote im niedergelassenen Bereich für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf ausbauen

Das medizinische Personal im niedergelassenen Bereich spielt eine wichtige Rolle für Patienten mit besonderen Betreuungsbedürfnissen. Damit sind vor allem chronisch kranke bzw. multimorbide Patienten (d.h. Menschen, die an mehreren Krankheiten leiden) oder z.B. Patienten mit psychischen Erkrankungen gemeint. Durch eine engmaschige und persönliche Betreuung dieser

Patientengruppen im niedergelassenen Bereich soll verhindert werden, dass Notfallsituationen entstehen und diese Patienten unter Umständen in Krankenhäusern behandelt werden müssen. Über die bereits weit verbreiteten *Disease-Management-Programme* hinaus wurden in Deutschland praxisbasierte *Case-Management-Programme* entwickelt und mit vielversprechenden Ergebnissen evaluiert.

Handlungsempfehlung 7: Qualifikation des Personals sicherstellen

Die Mediziner, die an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen, müssen für die speziellen Anforderungen qualifiziert sein und ein großes Wissensspektrum für die Behandlung von Erkrankungen mitbringen. Allerdings werden im Notdienst Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen eingesetzt, die nicht die gleichen Erfahrungen im Umgang mit ambulanten Notfallpatienten haben. Außerdem gibt es keine bundesweit verbindlichen Qualifikationsanforderungen für Ärzte, die am ärztlichen Notdienst teilnehmen.

Es sollen bundesweit verbindliche Anforderungen für die Qualifikation der im Notdienst eingesetzten Ärzte definiert werden. Hierfür soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Kooperation mit der Bundesärztekammer verbindliche Rahmenvorgaben formulieren, die auf Landesebene umgesetzt werden. Auf Grundlage der Qualifikationsanforderungen sollen die individuellen Voraussetzungen, die ein Arzt durch seine fachärztliche Qualifikation, seine Zusatzqualifikationen und seine praktischen Erfahrungen mitbringt, durch modular aufgebaute und zertifizierte Fortbildungsangebote ergänzt werden.

Strukturierte Qualifikationsprofile und Fortbildungsangebote sollen auch für das in der ambulanten Notfallversorgung eingesetzte nicht-ärztliche Personal eingeführt werden. Für Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte und Leitstellenmitarbeiter soll neben ausreichenden praktischen Erfahrungen in der Patientenversorgung auch die Qualifikation zur Durchführung einer standardisierten Einschätzung bzw. Notrufabfrage verpflichtend sein.

Handlungsempfehlung 8: Patientenkompetenzen stärken

Die Voraussetzung für eine funktionierende ambulante Notfallversorgung bilden die bereits beschriebenen Maßnahmen, insbesondere die Portalpraxen und die gemeinsamen Leitstellen. Neben der Einführung der Steuerungselemente ist es wichtig, die Strukturen der ambulanten Notfallversorgung für die Bevölkerung transparent zu machen. Auf diese Weise werden die Patienten befähigt, in Notfallsituationen eine angemessene Entscheidung zu treffen. Patientenkompetenzen lassen sich bspw. über Informations- und Aufklärungskampagnen unter Einsatz von Flyern und modernen Medien (z.B. Webseiten, Apps) stärken.

I EINLEITUNG UND PROBLEMBESCHREIBUNG

In den vergangenen Jahren war die ambulante Notfallversorgung Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen. In der Konsequenz wurden bereits erste gesetzliche Reformen zur Lösung der bestehenden Probleme verabschiedet. Ob die geplanten und zum Teil bereits umgesetzten Maßnahmen ausreichend für eine Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung sind, ist fraglich. Aus diesem Grund wurde das AQUA-Institut vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Die vorliegende Analyse gibt einen Überblick über die aktuellen Rechtsgrundlagen, die Akteure und die Problembereiche in der ambulanten Notfallversorgung. Auf dieser Basis werden Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation formuliert.

RAHMENBEDINGUNGEN DER AMBULANTEN NOTFALLVERSORGUNG

Differenzierung des Begriffes „Notfallpatienten“

Im Kontext der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt es derzeit keine Definition, mit der Notfallpatienten, die im vertragsärztlichen Bereich zu behandeln sind, klar beschrieben werden. Der Begriff „Notfallpatienten“ wird häufig definiert als [1; 2; 3]: „Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen diese zu erwarten ist oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolgt.“⁴ In dieser Definition werden die Lebensbedrohung bzw. die schwere gesundheitliche Beeinträchtigung und die Notwendigkeit einer schnellstmöglichen Versorgung hervorgehoben. Dies betrifft vorwiegend Patienten, die dem Rettungsdienst oder den Notaufnahmen der Krankenhäuser zuzuordnen sind. Das gesamte Spektrum an Notfällen, insbesondere die typischerweise im vertragsärztlichen Bereich zu behandelnden Notfallpatienten, umfasst diese Definition jedoch nicht.

Die notfallmedizinischen Fachgesellschaften in Deutschland, Österreich und der Schweiz definieren als Notfallpatienten alle Personen, „die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachten“ [4]. Auch in dieser Definition ist die zeitliche Dringlichkeit als Charakteristikum des Notfalls betont. Zusätzlich wird in dieser Definition das subjektive Erleben einer bedrohlichen Änderung des Gesundheitszustandes berücksichtigt. Für eine klare Abgrenzung zwischen Notfallpatienten, die im vertragsärztlichen Bereich zu behandeln sind, gegenüber Notfallpatienten, die dem Rettungsdienst oder den Notaufnahmen der Krankenhäuser zuzuordnen sind, kann auch diese Definition nicht herangezogen werden.

Die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsmöglichkeiten von Notfallpatienten im vertragsärztlichen Bereich unterscheiden sich von denen der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes. Ob Notfallpatienten im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden sollten, lässt sich daher über deren Versorgungsbedarf festlegen [5]. Für lebensbedrohlich oder schwer erkrankte Notfallpatienten werden in der Regel strukturelle und personelle Ressourcen benötigt, die nur

⁴ § 3 Abs. 4 Hessisches Rettungsdienstgesetz. Diese Notfälle können als lebensbedrohliche oder schwere Notfälle bezeichnet werden.

dem Rettungsdienst bzw. den Notaufnahmen von Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Viele leichter erkrankte Notfallpatienten könnten hingegen sehr gut in der vertragsärztlichen Notfallversorgung behandelt werden [2; 5; 6; 7]. Von einem Notfall wird in diesen Fällen gesprochen, wenn eine „nicht aufschiebbare Behandlungsnotwendigkeit“ [6] vorliegt, was als Behandlungsnotwendigkeit interpretiert werden kann, die sich nicht auf den nächsten Tag verschieben lässt.

Akteure der ambulanten Notfallversorgung

Gemäß § 75 Abs. 1 SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherstellen. Nach Abs. 1b schließt dies auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (nachfolgend als ärztlicher Notdienst bezeichnet) ein. Damit umfasst die ambulante Notfallversorgung sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung von ambulanten Notfallpatienten innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten. Die konkreten Regelungen für die Versorgung der Patienten außerhalb dieser Sprechstundenzeiten werden auf der Ebene der Bundesländer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erlassen. Dementsprechend ist der ärztliche Notdienst in den Bundesländern zum Teil deutlich unterschiedlich gestaltet. Die grundlegenden Strukturen des Notdienstes sind bundesweit jedoch vergleichbar: Außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten stehen den Patienten zu bestimmten Zeiten Praxen zur Verfügung, die durch einen Hausbesuchsdienst bzw. den „fahrenden Bereitschaftsdienst“ ergänzt werden. In der traditionellen Form wechseln die Standorte dieser Praxen ständig, da der Notdienst in der Praxis des jeweils diensthabenden Arztes angeboten wird. Im Zuge von Reformen haben viele Kassenärztliche Vereinigungen mittlerweile Praxen mit festem Standort für den Notdienst eingerichtet.

Der Hausbesuchsdienst steht Patienten zur Verfügung, die nicht in der Lage sind, die Praxen aufzusuchen. Darüber hinaus kann der Hausbesuchsdienst immer dann in Anspruch genommen werden, wenn die jeweiligen Praxen geschlossen haben. Seit 2012 ist der ärztliche Notdienst bundesweit und über die einheitliche Rufnummer 116 117 erreichbar. Diese ist in der Regel außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten verfügbar.⁵

Neben den Vertragsärzten sind auch die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser grundsätzlich zur Teilnahme an der Notfallversorgung verpflichtet [8]. Die Versorgung von ambulanten Notfallpatienten in den Notaufnahmen ist aufgrund des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen allerdings nur auf Basis einer Ausnahmeregelung möglich [7]. Dennoch spielen die Krankenhäuser in der ambulanten Notfallversorgung eine immer größere Rolle. Diese ergibt sich insbesondere aus dem steigenden Anteil der Bevölkerung, der statt des Angebots des niedergelassenen Bereichs innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten die Notaufnahmen der Krankenhäuser in Anspruch nimmt [1; 7; 9; 10].

Der dritte Akteur der ambulanten Notfallversorgung ist der Rettungsdienst, inklusive des Notarztendienstes. Der bundesweit unter der Rufnummer 112 erreichbare Rettungsdienst wird von den Bundesländern auf Grundlage von unterschiedlichen Landesgesetzen organisiert. Es wird zwischen den Aufgabenbereichen der Notfallrettung, d.h. lebensrettenden Sofortmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden, und dem qualifizierten Krankentransport⁶ unterschieden [1; 8]. Die Entwicklungen im Rettungs- und Notarztendienst in

⁵ <http://www.116117info.de/html/> (Zugriff am: 18.08.2016)

⁶ Im Rahmen des qualifizierten Krankentransports werden kranke und hilfsbedürftige Patienten transportiert, die keine sofortige Notfallversorgung benötigen. Zum Krankentransport gehören z.B. Fahrten zum Arzt, ins Krankenhaus oder Verlegungsfahrten. Der Transport ist damit in der Regel planbar.

den vergangenen Jahren betreffen auch die ambulante Notfallversorgung. Es ist eine steigende Anzahl an Rettungsdienst-Einsatzfällen bei Patienten zu beobachten, die aufgrund ihrer Verletzungs- und Erkrankungsschwere eigentlich im niedergelassenen Bereich hätten versorgt werden können [11]. Diese Patienten werden in der Regel in die Notaufnahmen transportiert [11].⁷

Aktuelle Reformen

Im Rahmen des im Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, zur Sicherstellung des Notdienstes auch mit zugelassenen Krankenhäusern zu kooperieren. Am 1. Januar 2016 trat das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft, durch das die Reform der ambulanten Notfallversorgung weiter konkretisiert wurde. Die Kassenärztlichen Vereinigungen behalten weiterhin den Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung. Neu an den gesetzlichen Vorgaben ist allerdings, dass sie zur Sicherstellung des Notdienstes entweder Notdienstpraxen⁸ in oder an Krankenhäusern einrichten oder die Notaufnahmen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden sollen.⁹

Gesetzliche Änderungen betreffen auch die Strukturen in Krankenhäusern. Der G-BA soll bis Ende 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließen. Darin enthalten ist auch eine Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Die einzelnen Stufen werden anhand von Vorgaben zu Fachabteilungen, personellen Qualifikationen und Anzahl der Mitarbeiter sowie des zeitlichen Umfangs der Bereitstellung der Notfallversorgung definiert (§ 136c Abs. 4 SGB V). Dabei soll der G-BA planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Abs. 1 Satz 1 berücksichtigen, soweit diese auch für die Notfallversorgung von Bedeutung sind.

Zentrale Notdienstpraxen in den Bundesländern

Ein Großteil der Kassenärztlichen Vereinigungen hat den ärztlichen Notdienst in den vergangenen Jahren räumlich neu strukturiert und die Versorgungsstrukturen in den Bundesländern zentralisiert. Hintergründe dieser Reformen waren vor allem die zunehmenden Probleme bei der Besetzung des ärztlichen Notdienstes [1; 2; 6; 12]. Die Notdienstbezirke wurden dementsprechend vergrößert, um die Anzahl der Dienste pro Arzt zu verringern. Wie bereits erwähnt, haben die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen dieser Reformen zentrale Notdienstpraxen mit festem Standort für Patienten eingerichtet, die außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten medizinische Versorgung benötigen.

Es können allgemeinärztlich und fachärztlich ausgerichtete Notdienstpraxen unterschieden werden. In den allgemeinärztlich ausgerichteten Notdienstpraxen findet eine Notfallversorgung von Patienten statt, die im hausärztlichen Bereich behandelt werden können. Für einzelne Fachgebiete, wie Kinder- und Jugendmedizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde oder Chirurgie, werden zum Teil spezialisierte, d.h. fachärztliche Notdienstpraxen angeboten.

⁷ In § 60 und § 133 SGB V ist ausschließlich die Transportleistung des Rettungsdienstes geregelt. Die Fahrtkosten des Rettungsdienstes sind nur dann durch die Krankenkassen zu erstatten, wenn sie in Zusammenhang mit einer weiteren durch die Krankenkassen zu erstattenden Leistung im Krankenhaus stehen [1], sodass der Zielort eines Rettungsdiensttransportes immer ein Krankenhaus sein muss [8].

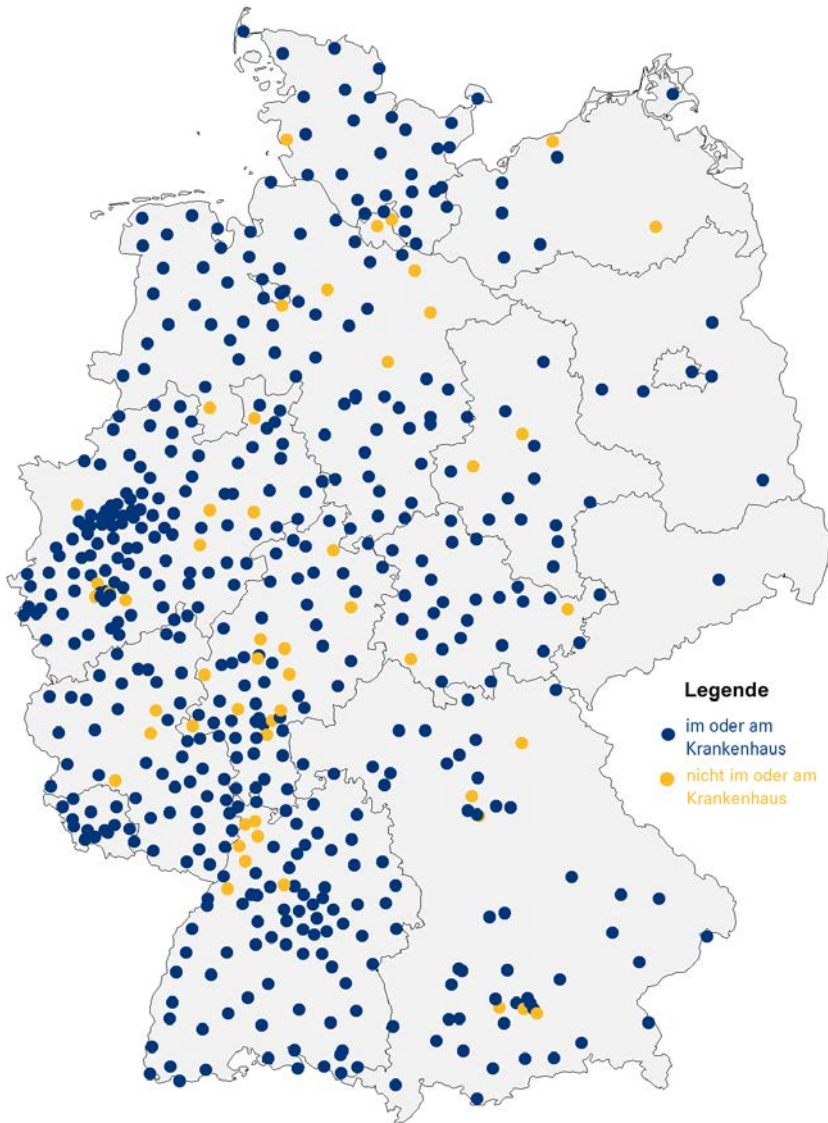
⁸ In Zusammenhang mit den Notdienstpraxen wird in der öffentlichen Diskussion häufig der Begriff „Portalpraxen“ genannt jedoch ohne eine eindeutige Begriffsdefinition. Eine Definition für die Verwendung des Begriffs in diesem Gutachten erfolgt in [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 1](#).

⁹ Neben den Vorgaben zu Notdienstpraxen legt das Krankenhausstrukturgesetz u.a. Neuregelungen der Krankenhausfinanzierung in Form von Zu- und Abschlägen bei (Nicht-)Teilnahme der Kliniken fest.

Als Standorte für die Notdienstpraxen wurden häufig Krankenhäuser gewählt. Dabei wurden die Praxen allerdings nicht an sämtlichen Krankenhäusern des jeweiligen Bundeslandes eingerichtet. **ABBILDUNG 1** zeigt die Verteilung der Standorte von zentralen allgemeinärztlichen Notdienstpraxen. In der Darstellung wird zwischen Standorten in oder an einem Krankenhaus und Standorten, die unabhängig von einem Krankenhaus bestehen, unterschieden. Das methodische Vorgehen zur Erstellung der Abbildungen wird im **Anhang** beschrieben.

ABBILDUNG 1:

Verteilung der allgemeinärztlich ausgerichteten Notdienstpraxen mit festem Standort



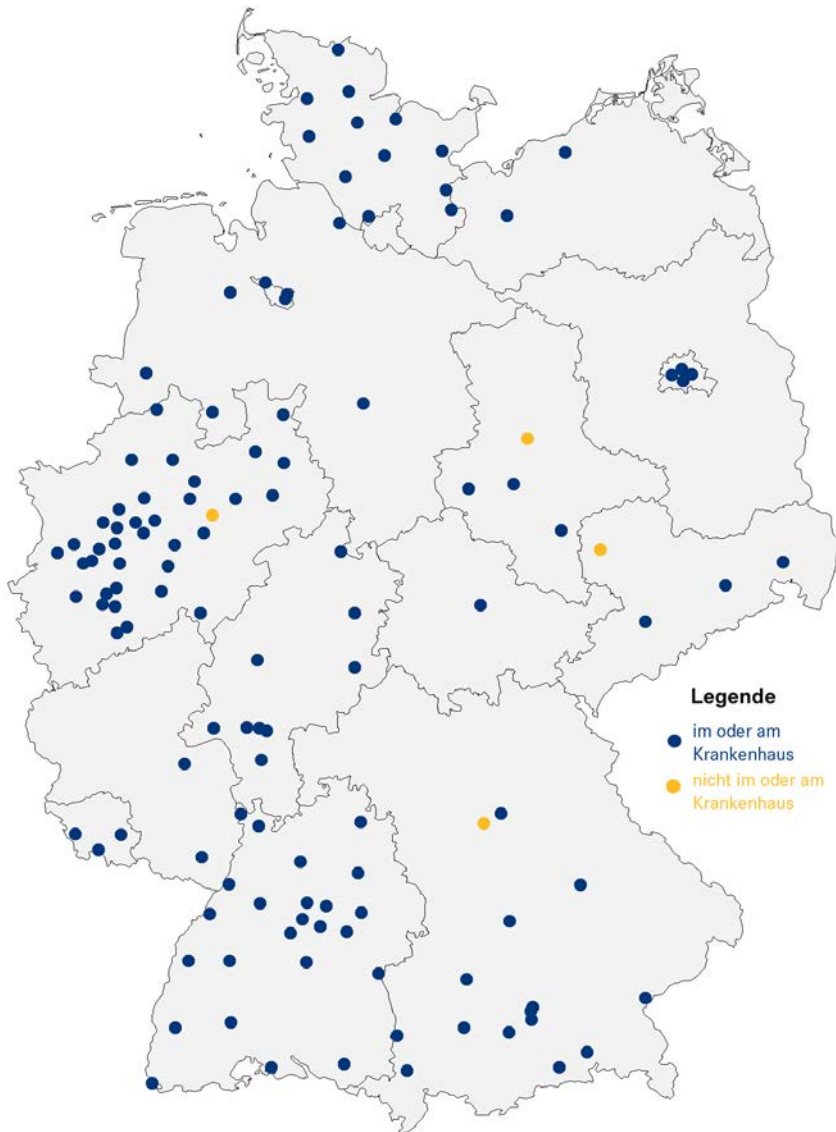
Quelle: AQUA-Institut (Stand: Juni 2016)

Bei der Verteilung der allgemeinärztlichen Notdienstpraxen mit festem Standort zeigen sich große regionale Unterschiede. Insbesondere in den östlichen Bundesländern, wie Berlin, Brandenburg, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern, wurden bisher nur wenige Notdienstpraxen eingerichtet. Hier ist häufig noch die Praxis des jeweils diensthabenden Arztes die Anlaufstelle für ambulante Notfallpatienten. In Berlin wurde kürzlich eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung eröffnet, in der erwachsene Patienten behandelt werden. Aktuell ist die Einrichtung weiterer solcher Praxen an Berliner Krankenhäusern geplant. Auch in Bayern ist die Dichte der Notdienstpraxen vergleichsweise gering. Hier findet derzeit eine umfassende Reform statt, durch die die Anzahl der Notdienstpraxen in den nächsten Jahren deutlich erhöht werden soll.

In den anderen Bundesländern sind die allgemeinärztlichen Notdienstpraxen mit festem Standort bereits ein wesentlicher Bestandteil der ambulanten Notfallversorgung, indem in weitgehend jedem Bereitschaftsdienstbezirk mindestens ein entsprechender Standort eingerichtet ist. Je nach Bundesland sind die Notdienstpraxen unterschiedlich häufig an Krankenhäusern angesiedelt. Im Saarland und in Bremen befinden sich alle Notdienstpraxen an Krankenhäusern. Abgesehen von einer Ausnahme ist dies auch in Schleswig-Holstein der Fall. In Hamburg gibt es zwei Notdienstpraxen mit festem Standort, jedoch nicht in oder an einem Krankenhaus.

Die kinderärztlichen bzw. kinder- und jugendärztlichen Notdienste sind überwiegend dezentral in der Praxis des jeweils diensthabenden Arztes organisiert. Nur vergleichsweise selten wird ein kinderärztlicher Notdienst in zentralen Notdienstpraxen – zumeist an Krankenhäusern – angeboten (**ABBILDUNG 2**). Für die anderen Fachgebiete existieren bisher nur sehr vereinzelt Notdienstpraxen mit festem Standort.

ABBILDUNG 2:
Verteilung der kinderärztlichen Notdienstpraxen mit festem Standort



Quelle: AQUA-Institut (Stand: Juni 2016)

PATIENTENZAHLEN IN DEN NOTAUFNAHMEN DER KRANKENHÄUSER

In den vergangenen Jahren sind die Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser gestiegen [1; 2]. Einzelne Studien gehen von einer jährlichen Steigerungsrate von etwa 4 bis 9 % aus [6; 7; 13; 14]. Dabei lassen sich diese Steigerungen nicht alleine durch den demografischen Wandel oder erhöhte Morbidität erklären [11]. Es werden zunehmend Patienten behandelt, die als Selbstvorsteller in die Notaufnahmen kommen [3; 13; 15] und eigentlich im niedergelassenen Bereich hätten versorgt werden können [1; 7; 16]. Eine genaue Quantifizierung derjenigen Patienten, die eigeninitiativ die Notaufnahme aufsuchen bzw. nicht zwingend in den Notaufnahmen behandelt werden müssten, ist schwierig, da diese Informationen derzeit nicht ausreichend spezifisch erfasst werden. So wurden für das Jahr 2009 etwa 25 Millionen Fälle berichtet, die in den Notaufnahmen behandelt wurden. 10,7 Millionen dieser Fälle (etwa 43 %) hätten im ärztlichen Notdienst behandelt werden können [8; 17]. Dabei variiert die genaue Anzahl dieser Patienten in der Literatur [7]. Ferner wird davon ausgegangen, dass ein erheblicher Anteil der stationär behandelten Patienten über die Notaufnahme, d.h. ohne Krankenseinweisung aufgenommen wird: Eine Analyse von Abrechnungsdaten ergab, dass durchschnittlich etwa 40 % der stationär behandelten Patienten die Krankenhäuser als „Notfall ohne Einweisung“ aufgesucht hatten [3]. Im Jahr 2013 wurden etwa 1,8 Millionen Fälle als Notfälle ins Krankenhaus aufgenommen, bei denen aufgrund ihrer Diagnosen vermutet werden kann, dass ein Krankenhausaufenthalt durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung hätte verhindert werden können [10; 18]. Eine Befragung von Krankenhäusern durch die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) aus 2013 ergab, dass sich etwa 37 % der Patienten eigeninitiativ in Notaufnahmen vorstellten [15]. Lediglich 10 bis 20 % der in den Notaufnahmen vorstelligen Patienten waren lebensbedrohlich erkrankt [2; 6; 11].

Zu den ambulanten Notfällen in Krankenhäusern zählen laut einer weiteren Befragung durch die DGINA im Jahr 2014 vor allem Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes [7]. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung kommt nach einer Analyse der Abrechnungsdaten in Notaufnahmen zu dem Schluss, dass die dort behandelten Patienten im Durchschnitt jünger als diejenigen im ärztlichen Notdienst sind. Außerdem wurden bei den Patienten kleinere chirurgische Maßnahmen oder radiologische Abklärungen im Krankenhaus durchgeführt. Im ärztlichen Notdienst waren hingegen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmungsorgane oder Schmerzen der vorrangige Behandlungsanlass [18; 19].

Die höheren Patientenzahlen in den Notaufnahmen führen zu weiteren Problemen in den Krankenhäusern. Gerade Patienten mit „Bagatellerkrankungen“, die im niedergelassenen Bereich hätten versorgt werden können, binden unnötig die Ressourcen der Notaufnahmen [8]. Dies ist problematisch, wenn dadurch eine zeitnahe und notwendige Behandlung von schwer oder sogar lebensbedrohlich erkrankten Patienten gefährdet wird. Zudem werden ambulante Behandlungen in den Notaufnahmen analog zum vertragsärztlichen Bereich nach EBM durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet [7; 8; 20]. Für Krankenhäuser ist diese, auf den niedergelassenen Bereich und die dort vorzuhaltenden Strukturen ausgerichtete Finanzierung nach eigenen Angaben nicht kostendeckend [2; 7; 13; 21]. Trotzdem werden in den Krankenhäusern die diagnostischen Möglichkeiten häufig ausgeschöpft und die Patienten behandelt, um Haftungsrisiken durch fehlende oder falsche Diagnosen zu minimieren [8]. Diese Situation kann in den Krankenhäusern den Fehlanreiz fördern, ambulante Notfallpatienten stationär aufzunehmen [1; 6].

IDENTIFIZIERTE SCHWACHSTELLEN IN DER AMBULANTEN NOTFALLVERSORGUNG

Basierend auf einer umfänglichen Literatur- und Evidenzrecherche sowie aufgrund von Expertengesprächen (siehe [Anhang](#)) konnten die im Folgenden beschriebenen Schwachstellen in der ambulanten Versorgung identifiziert werden. Sie bilden die Grundlage für die nachfolgenden Handlungsempfehlungen.

Strukturen und Koordination der ambulanten Notfallversorgung

Viele ambulante Notfallpatienten suchen Notaufnahmen auf, weil ihnen der ärztliche Notdienst unbekannt ist oder sie nicht beurteilen können, ob eine (spätere) Behandlung ihrer Beschwerden durch einen niedergelassenen Haus- oder Facharzt ausreichend ist. Häufig wird das Versorgungsangebot der Notaufnahmen von Patienten subjektiv als qualitativ besser eingeschätzt. Das Vorhandensein verschiedener fachärztlicher Disziplinen sowie Möglichkeiten einer umfassenden apparativen Diagnostik im Krankenhaus tragen zu dieser Einschätzung bei [1]. Vor diesem Hintergrund soll die Verlagerung des vertragsärztlichen Notdienstes an Krankenhäuser dazu beitragen, dass ambulante Notfallpatienten wieder vermehrt im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden. Allerdings findet, wie oben beschrieben, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierte ambulante Notfallversorgung in einigen Bundesländern noch immer dezentral statt und zum Teil sind die Notdienstpraxen nicht an Krankenhäuser angegliedert (siehe [ABBILDUNG 1](#)).

Darüber hinaus fehlen einheitliche Mindeststandards und klare Vorgaben, damit jede Notdienstpraxis wirksam dazu beitragen kann, dass weniger Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser versorgt werden. In den meisten Fällen nutzen die von der Kassenärztlichen Vereinigung betriebenen Notdienstpraxen zwar die vom Krankenhaus bereitgestellten Räumlichkeiten, die Praxen sind allerdings im Krankenhaus häufig „versteckt“, d.h. sie sind schlecht ausgeschildert und befinden sich nicht in räumlicher Nähe zur Notaufnahme. Daher finden viele Patienten diese Praxen nicht sofort und steuern zunächst die leichter auffindbaren Notaufnahmen an. Diese Problemlage wurde auch in den Expertengesprächen bestätigt. In Neubauten können die Notdienstpraxen nah an die Notaufnahmen gebaut oder in diese integriert werden. In vielen älteren Gebäuden gibt es dagegen baulich-räumliche Einschränkungen, die dies nicht ermöglichen [8]. Außerdem fehlen häufig sowohl klare Kooperationsvereinbarungen zwischen Notdienstpraxen und Notaufnahmen als auch eine standardisierte und strukturierte Einschätzung, auf deren Grundlage die Patienten gezielt in die für sie angemessene Versorgungsstruktur (Notdienstpraxis oder Krankenhaus) geleitet werden. Vielmehr arbeiten beide Strukturen häufig autark. Eine gemeinsame Anmeldung von Notdienstpraxis und Krankenhaus ist bisher nicht die Regel. So bestimmen derzeit häufig die Patienten durch ihre Wahl der ersten Anlaufstelle die weitere Versorgung.

Grundsätzlich sind die Bereitschafts- bzw. Notdienstpraxen nur außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten geöffnet. Die vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten sind jedoch weder einheitlich noch verbindlich geregelt. Zudem decken die Öffnungszeiten von Notdienstpraxen oftmals nicht die gesamte Spanne der sprechstundenfreien Zeit in einer Region ab. Je nach Bundesland und Standort variieren die Öffnungszeiten zum Teil erheblich. Innerhalb der Woche haben viele Notdienstpraxen, insbesondere in ländlichen Gebieten, nur an einigen Wochentagen geöffnet oder sind ganz geschlossen, was für die Patienten oft wenig nachvollziehbar ist. Im Gegensatz dazu sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser in der Regel rund um die Uhr öff-

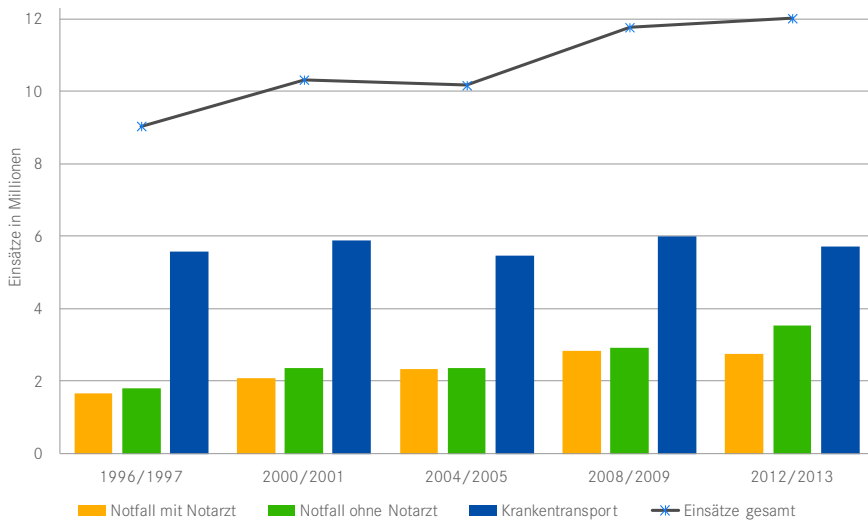
net und deshalb häufig erste Anlaufstelle und Behandlungsort. Viele ambulante Notfallpatienten kommen auch innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten in die Notaufnahmen [9; 10; 22]. Zudem werden Notaufnahmen von Patienten aufgesucht, die keinen dringenden Behandlungsbedarf haben. Eine Weiterleitung der Patienten von der Notaufnahme in den vertragsärztlichen Bereich erfolgt häufig nicht.

Kooperationen der Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und des Rettungsdienstes

Neben den Patientenzahlen in Notaufnahmen steigt auch die Anzahl der Rettungsdiensteinsätze, insbesondere in Bezug auf Notfälle mit und ohne Notarztinsatz [8; 11; 23] (siehe [ABBILDUNG 3](#)). Es wird von einer stetigen Zunahme der Rettungsdiensteinsätze von etwa 4 % jährlich ausgegangen [11].

ABBILDUNG 3:

Entwicklung der Rettungsdiensteinsätze in Deutschland von 1994 bis 2013

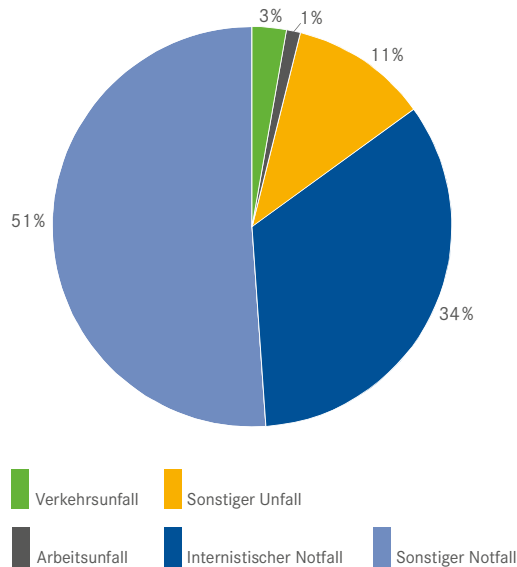


Quelle: AQUA-Institut (unter Verwendung der Daten von [23])

Aufgeteilt nach dem Einsatzanlass bei Notfällen (mit und ohne Notarztbeteiligung) ergibt sich für 2012/2013 folgende Verteilung:

ABBILDUNG 4:

Einsatzanlässe bei Notfällen (mit und ohne Notarztbeteiligung) in Deutschland 2012/2013¹⁰



Quelle: AQUA-Institut (unter Verwendung der Daten von [23])

Problematisch ist, wenn Patienten rettungsdienstlich versorgt werden, obwohl sie aufgrund ihrer Verletzungs- bzw. Erkrankungsschwere im vertragsärztlichen Bereich hätten versorgt werden können [11; 24]. Wesentliches Verbesserungspotenzial wird in Bezug auf die Steuerung der Patienten in den Rettungsleitstellen und einer besseren Kooperation von Rettungsleitstellen und Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gesehen [11].

In der Regel sind die Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) sowie die Rettungsleitstellen (112) unabhängig voneinander organisiert. Dies führt oft dazu, dass allein die Entscheidung der Patienten für eine bestimmte Rufnummer den weiteren Versorgungsweg bestimmt. Insbesondere nach einem Notruf ist der Versorgungsweg (Transport und anschließende Behandlung im Krankenhaus) – auch aufgrund der Vergütung im Rettungsdienst – nahezu vorgezeichnet. Nach einer aktuellen Studie des Deutschen Roten Kreuzes [11] wurde etwa ein Drittel der Notrufe (112), aufgrund derer die Rettungsleitstelle den Rettungsdienst eingesetzt hat, im Nachhinein nicht als schwerer Notfall eingestuft. Die nur leichten bis geringfügigen Beschwerden der Patienten hätten im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden können. Die befragten Experten begründen dies damit, dass häufig eine standardisierte Notrufabfrage fehlt und die Leitstellen nicht ausreichend miteinander kooperieren.

¹⁰ Unter dem Begriff „Sonstiger Unfall“ fallen z.B. Haus-, Sport- oder Freizeitunfälle. „Sonstiger Notfall“ umfasst z.B. hilflose Personen, Blut- oder Organtransporte [23].

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Rufnummer 116 117 des ärztlichen Notdienstes in den Bundesländern zu unterschiedlichen Zeiten verfügbar ist. In einigen Ländern (z.B. in Berlin und Bayern) ist rund um die Uhr ein persönlicher Ansprechpartner erreichbar, in den meisten Bundesländern ist die Rufnummer nur außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten verfügbar. Gerade dort ist es für Patienten schwer nachvollziehbar, zu welchen Zeiten der Service in Anspruch genommen werden kann.

Notfälle bei Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf

Im Jahr 2013 gab es in Deutschland etwa 3,5 Millionen sogenannte ambulant-sensitive Krankenhausfälle [10]. Dabei handelt es sich um stationäre Aufnahmen aufgrund einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die durch eine kontinuierliche und effektive ambulante Versorgung potenziell hätten vermieden werden können. Beispiele für ambulant-sensitive Diagnosen sind chronische Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus und Depression [25; 26].

Die hohe Zahl ambulant-sensitiver Krankenhausfälle könnte auf Verbesserungspotenzial in der ambulanten Versorgung hinweisen. Dies belegen auch aktuelle Daten zur Versorgungslage, aus denen hervorgeht, dass ein beträchtlicher Teil der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle tagsüber, d.h. innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten auftritt [10].

Auch für Patienten mit psychischen Erkrankungen wird eine steigende Anzahl an stationären Aufnahmen beobachtet, deren Ursache unter anderem eine unzureichende ambulante Versorgungssituation sein kann [27].

Qualifikation des Personals

Gemäß gültiger Rechtsprechung¹¹ sind alle Vertragsärzte grundsätzlich zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst verpflichtet – unabhängig von ihrer fachärztlichen Ausrichtung. Dabei ist ein Arzt in der ambulanten Notfallversorgung mit unterschiedlichsten Patienten und Situationen konfrontiert. Je nach fachlicher Disziplin und Tätigkeit des Arztes können diese Anforderungen über die im eigenen Arbeitsalltag gewonnenen Erfahrungen hinausgehen. Für die Behandlung von ambulanten Notfallpatienten fehlt einigen Arztgruppen unter Umständen die entsprechende Erfahrung. Trotz der unterschiedlichen Voraussetzungen gibt es keine bundesweit verbindlichen Qualifikationsanforderungen als Voraussetzung für eine Teilnahme am ärztlichen Notdienst.¹² Verfügt ein Arzt nicht über die notwendige Qualifikation, muss er sich entsprechend fortbilden.¹³ Wie er sich allerdings fortbildet, liegt in seinem eigenen Ermessen.

Verbindliche Qualifikationsstandards sind auch für die ärztliche Besetzung von Notdienstpraxen von Bedeutung. Bei fehlender spezifischer Qualifikation müssen Patienten ggf. an die Notaufnahme verwiesen werden, obwohl sie eigentlich in der Notdienstpraxis behandelt werden sollten.

Auch die besonderen Anforderungen an die in der ambulanten Notfallversorgung eingesetzten Pflegekräfte und Medizinischen Fachangestellten erfordern spezifische Qualifikationen, bspw. zur Durchführung einer standardisierten Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patienten. Diesbezüglich existieren jedoch keine bundesweit verbindlichen Vorgaben. Gleiches gilt in Bezug

¹¹ Urteile des Bundessozialgerichts: Februar 2008 (Az.: B 6 KA 13/06 R), August 2015 (Az.: B 6 KA 41/14 R)

¹² Die Zugangsvoraussetzungen werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen größtenteils in den jeweiligen Bereitschaftsdienst- bzw. Notdienstordnungen geregelt. Für die zur Teilnahme verpflichteten Vertragsärzte und andere zur Teilnahme berechtigte Ärzte sind darin häufig keine weitergehenden spezifischen Zugangskriterien definiert.

¹³ Die allgemeine Pflicht zur fachlichen Fortbildung für Vertragsärzte ist in § 95d SGB V festgelegt.

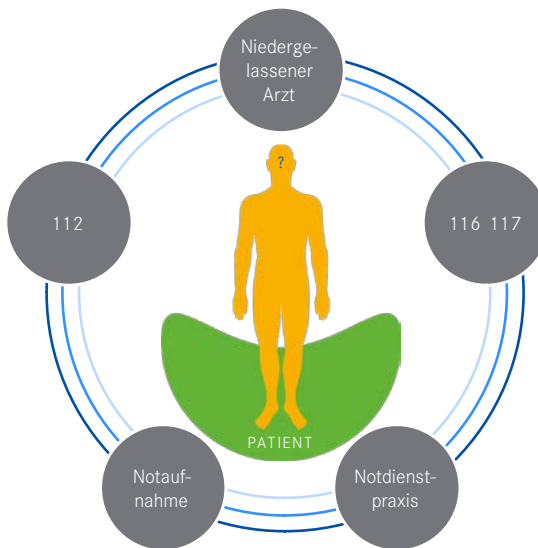
auf die Fachkompetenzen für eine standardisierte Notrufabfrage durch das in den Leitstellen eingesetzte Personal.

Patientenkompetenzen

In einer Notfallsituation stehen Patienten eine Vielzahl von Ansprechpartnern und Einrichtungen zur Verfügung (siehe [ABBILDUNG 5](#)). Nur gut informierte Patienten können sich für die in ihrem Fall angemessene Anlaufstelle entscheiden. Dies betrifft sowohl die Kenntnis grundlegender Versorgungsstrukturen als auch Informationen über Akteure und Zuständigkeiten.

ABBILDUNG 5:

Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten bei einem Notfall



Quelle: AQUA-Institut

Allerdings sind die Strukturen der ambulanten Notfallversorgung für die Patienten häufig intransparent, bspw. hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit und der Standorte der Notdienstpraxen [2; 8]. Auch die zentrale Rufnummer des ärztlichen Notdienstes (116 117) ist der breiten Masse der Bevölkerung nicht bekannt [28; 29; 30]. Einzelne Patientengruppen sind zudem nicht mit den ambulanten Versorgungsstrukturen der niedergelassenen Ärzte vertraut [31]. Insbesondere jüngere Patienten haben teilweise keine dauerhafte Anbindung an einen Hausarzt. Gleiches gilt für Menschen, die noch nicht lange in Deutschland leben und denen das Wissen über die hiesigen ambulanten Versorgungsstrukturen häufig fehlt. All dies trägt zu steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser bei [1; 16].

Des Weiteren können viele Patienten die eigenen Krankheitssymptome nicht immer richtig einordnen und empfinden diese schnell als ernste Bedrohung [32]. Sie sind mit der Situation überfordert, verunsichert oder ängstlich und wählen deshalb oft den Weg ins Krankenhaus. Verunsicherung und Besorgnis bestimmen häufig auch das Verhalten von Eltern, die mit ihrem erkrankten Kind die Notaufnahme aufsuchen [33].

2 EMPFEHLUNGEN ZUR AUSGESTALTUNG DER AMBULANTEN NOTFALLVERSORGUNG DURCH PORTALPRAXEN

Die ambulante Notfallversorgung bleibt als ein Bestandteil der Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung weiterhin im Verantwortungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen. Allerdings müssen die Möglichkeiten verbessert werden, die Patienten, die als ambulante Notfälle die Krankenhäuser aufsuchen, in die von den Kassenärztlichen Vereinigungen angebotenen Versorgungsstrukturen zu leiten. Die Neuregelungen im § 75 Abs. 1 b SGB V, nach denen die Kassenärztlichen Vereinigungen unter anderem Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten sollen, gehen diesbezüglich bereits in die richtige Richtung.

Die Umsetzung dieser seit Januar 2016 gültigen gesetzlichen Regelungen ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich stark fortgeschritten. Abgesehen davon, dass an vielen Krankenhäusern mit Notaufnahme bisher noch keine Notdienstpraxen vorhanden sind, ist die Steuerungsfunktion der bestehenden Notdienstpraxen häufig deutlich eingeschränkt. Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen beziehen sich daher auf eine verbesserte Steuerung der Patienten in verlässliche Versorgungsstrukturen.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 1

Portalpraxen einrichten

Um dem Problem der steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen zu begegnen, sollen Portalpraxen an allen Krankenhäusern, die rund um die Uhr an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, eingerichtet werden. Eine Portalpraxis besteht immer aus einer zentralen Anlaufstelle, an die sich Patienten im Notfall wenden können und von der aus sie in die für sie richtige Versorgungsstruktur geleitet werden. Zusätzlich kann eine Portalpraxis eine kassenärztliche Notdienstpraxis beinhalten, in der die ärztliche Behandlung der ambulanten Notfallpatienten erfolgt.

Der Begriff „Portalpraxis“ ist in der gesundheitspolitischen Diskussion über die Notfallversorgung in den vergangenen Jahren sehr präsent. Darunter werden jedoch unterschiedliche und nicht immer eindeutig beschriebene Konzepte verstanden.

Nach dem vorliegenden Konzept sollen Portalpraxen an Krankenhäusern eingerichtet werden. Eine Portalpraxis beinhaltet immer eine zentrale Anlaufstelle. Dort wird der Behandlungsbedarf der Patienten eingeschätzt und die Patienten werden anschließend in die für sie angemessene Versorgungsstruktur geleitet (siehe [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 2](#) und [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 3](#))¹⁴. Zusätzlich zur zentralen Anlaufstelle kann eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in der Portalpraxis integriert sein. Dort erhalten ambulante Notfallpatienten eine ärztliche Behandlung.

¹⁴ Davon ausgenommen sind Patienten, die über den Rettungsdienst in das Krankenhaus eingeliefert werden. Diese gelangen direkt, d.h. ohne den Weg über die zentrale Anlaufstelle, in die Notaufnahme.

Demnach lassen sich zwei Formen der **Portalpraxis** unterscheiden:

- zentrale Anlaufstelle ohne Notdienstpraxis
- zentrale Anlaufstelle mit Notdienstpraxis

Grundlage für die Einrichtung der Portalpraxen soll das vom G-BA zu beschließende gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sein (§ 136c Abs. 4 SGB V). Zentrale Anlaufstellen sollen an allen Krankenhäusern eingeführt werden, die gemäß dem gestuften System 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr eine Notaufnahme betreiben. An vielen dieser Standorte wird es sinnvoll sein, auch eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigungen in die Portalpraxis zu integrieren. Ausnahmen betreffen Fach- oder Spezialkrankenhäuser sowie Krankenhäuser mit einer vergleichsweise geringen Anzahl an ambulanten Notfallpatienten. Letzteres gilt insbesondere in Ballungsgebieten mit einer hohen Krankenhausdichte, wo nicht an jedem Krankenhaus eine Notdienstpraxis eingerichtet werden muss. In ländlichen Gebieten sollte hingegen an nahezu jedem Krankenhaus, das nach dem zukünftigen, gestuften System rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnimmt, eine Notdienstpraxis eingerichtet werden. Grundsätzliche Voraussetzung für die Einrichtung der Notdienstpraxen ist, dass entsprechende vertragliche Regelungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und dem betreffenden Krankenhaus zustande kommen. Für Kinder und Jugendliche sollten spezielle Notdienstpraxen an hierfür besonders geeigneten Krankenhäusern, insbesondere mit Kinderkliniken, eingerichtet werden.

Grundsätzlich soll die zentrale Anlaufstelle den Strukturen, in denen die ärztliche Behandlung erfolgt, vorgeschaltet sein. In den Fällen, in denen eine Notdienstpraxis angegliedert ist, kann als zentrale Anlaufstelle daher eine gemeinsame Anmeldung von Notdienstpraxis und Notaufnahme¹⁵ verstanden werden. Wenn keine Notdienstpraxis angegliedert ist, soll die zentrale Anlaufstelle an der Anmeldung der Notaufnahme angesiedelt sein. In jedem Fall soll die Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patienten durch notfallmedizinisch erfahrenes Personal (Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte) erfolgen. Die Frage, durch wen die zentrale Anlaufstelle betrieben wird, soll in entsprechenden Vereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und dem jeweiligen Krankenhaus geregelt werden (siehe [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 4](#)). Ideal wäre der Betrieb als eine gemeinsame Einrichtung von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus. Demgegenüber sind Notdienstpraxen und Notaufnahmen organisatorisch getrennt, wobei sie sich bestenfalls in unmittelbarer räumlicher Nähe zueinander befinden.

¹⁵ Bei dezentraler Struktur, d.h. bei mehreren Notaufnahmen im Krankenhaus, sollte eine zentrale Anlaufstelle auch den verschiedenen Notaufnahmen vorgeschaltet sein.

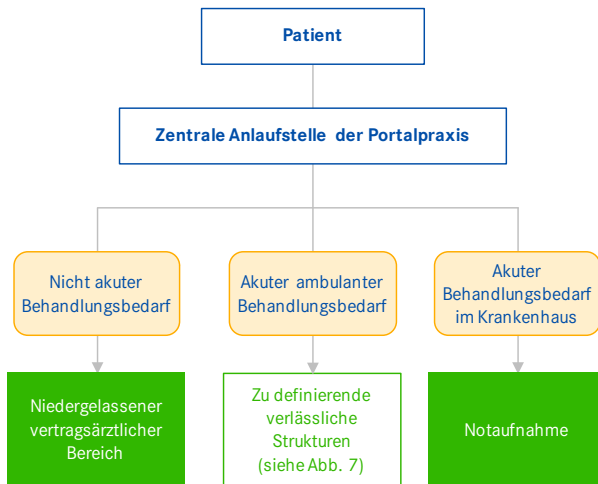
HANDLUNGSEMPFEHLUNG 2**Verlässliche Öffnungszeiten und Zuständigkeiten definieren**

Die mit den Portalpraxen eingeführten zentralen Anlaufstellen für Notfallpatienten sollen rund um die Uhr verfügbar sein. Unabhängig davon, ob eine Notdienstpraxis integriert ist, muss eine ambulante ärztliche Notfallversorgung zu jeder Zeit sichergestellt sein. In Vereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus ist daher klar festzulegen, welche konkreten Strukturen vor Ort zur Verfügung stehen, in die ambulante Notfallpatienten weitergeleitet werden können.

Derzeit sind der ärztliche Notdienst und die Notdienstpraxen in Bezug auf Öffnungszeiten und Ansprechpartner regional sehr unterschiedlich organisiert. Dieses System ist für die Patienten nicht immer transparent, sodass sie die zumeist rund um die Uhr verfügbaren Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen. Grundsätzlich soll nun gelten: Innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten sollen niedergelassene Ärzte die primären Ansprechpartner für ambulante Notfallpatienten sein. Für die Zeit außerhalb dieser Sprechstundenzeiten übernehmen in der Regel die Notdienstpraxen die Versorgung dieser Patienten. Ausnahmen bestehen bspw. für Zeiten oder für Standorte mit einer geringen Anzahl an ambulanten Notfallpatienten (siehe [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 1](#)).

Patienten suchen im (selbst empfundenen) Notfall Krankenhäuser unabhängig von den vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten und zum Teil auch in der Nacht auf [9; 10]. Die in [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 1](#) beschriebene zentrale Anlaufstelle der Portalpraxen soll daher rund um die Uhr verfügbar sein. So wird gewährleistet, dass Patienten zu jeder Zeit einem für ihre Situation angemessenen Versorgungsbereich zugewiesen werden können. Welcher Bereich dies ist, richtet sich nach der Art und Schwere der Erkrankung, der Dringlichkeit einer Behandlung sowie den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in den vor Ort verfügbaren Einrichtungen [2; 5; 6; 7]. Die Zuweisung der Patienten zu einem bestimmten Versorgungsbereich soll anhand von standardisierten Kriterien erfolgen (siehe [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 3](#)). Bei Patienten, welche sich in Notaufnahmen vorstellen und eine Notfallversorgung für sich beanspruchen, lassen sich Fälle mit nicht akutem Behandlungsbedarf, Fälle mit akutem Behandlungsbedarf im Krankenhaus sowie Fälle mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf unterscheiden (siehe [ABBILDUNG 6](#)).

ABBILDUNG 6:
Weiterleitung von Patienten durch die zentrale Anlaufstelle der Portalpraxis



Quelle: AQUA-Institut

Von einem **nicht akuten Behandlungsbedarf** kann dann gesprochen werden, wenn die Behandlung eines Patienten aufgeschoben werden kann. Für diese Patienten ist keine unmittelbare Notfallbehandlung notwendig. Stattdessen sollte eine Diagnostik im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich erfolgen, von wo aus dann eine Behandlung geplant und koordiniert werden kann. Diesen Patienten wird empfohlen, sich innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten an einen niedergelassenen Arzt zu wenden.¹⁶

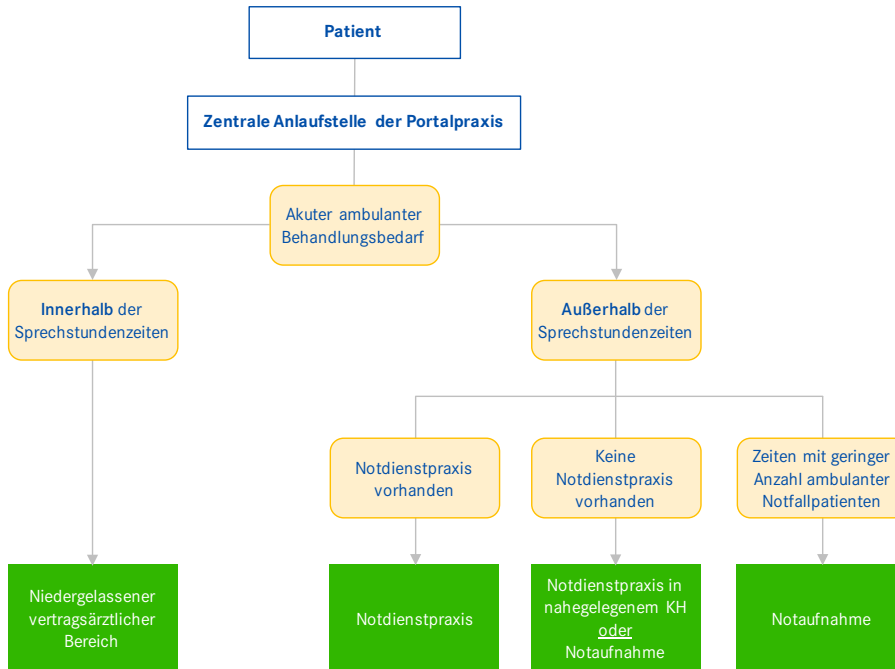
Ein **akuter Behandlungsbedarf im Krankenhaus** liegt vor, wenn Patienten aufgrund ihrer Verletzung, Erkrankungsschwere oder Symptomatik unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung sowie die personellen und technischen Ressourcen eines Krankenhauses benötigen und voraussichtlich stationär aufgenommen werden müssen. Diese Patienten werden von der zentralen Anlaufstelle direkt an die Notaufnahme weitergeleitet. Ihre Behandlung liegt in der Verantwortung des Krankenhauses.

Ein **akuter ambulanter Behandlungsbedarf** besteht dann, wenn eine Behandlung nicht aufgeschoben werden kann, und die Patienten gut im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden können. Gemeint ist der in der Einleitung definierte ambulante Notfall bzw. der ambulante Notfallpatient. Während die vorher genannten Patientengruppen (Patienten mit nicht akutem Behandlungsbedarf bzw. Patienten mit akutem Behandlungsbedarf im Krankenhaus) unabhängig vom Zeitpunkt in jeweils eine Struktur weitergeleitet werden (niedergelassener vertragsärztlicher Bereich bzw. Notaufnahme), kommen für ambulante Notfallpatienten abhängig vom Zeitpunkt des Notfalls und der Verfügbarkeit vor Ort unterschiedliche Versorgungsstrukturen infrage. Wesentlich ist, dass rund um die Uhr eine ärztliche Versorgung dieser Patienten gewährleistet ist. **ABBILDUNG 7** veranschaulicht, in welchen Strukturen die Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf jeweils versorgt werden sollen.

¹⁶ Im Sinne der Patientenorientierung wäre es für diese Fälle des Weiteren denkbar, dass in Kooperation mit den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen freie Termine bei Fachärzten vermittelt werden.

ABBILDUNG 7:

Versorgung von Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten



Quelle: AQUA-Institut

Innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten sollen Vertragsärzte im niedergelassenen Bereich die primäre Anlaufstelle für diese Patienten sein. Wenn ambulante Notfallpatienten in diesen Zeiten dennoch ein Krankenhaus aufsuchen, sollen sie nach Feststellung des Behandlungsbedarfs in den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich geleitet werden. Dabei ist es wesentlich, dass verlässliche Strukturen (Praxen niedergelassener Ärzte, medizinische Versorgungszentren) in räumlicher Nähe zum Krankenhaus verfügbar sind. In Verträgen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus soll daher konkret geregelt werden, in welche Einrichtungen vor Ort die ambulanten Notfallpatienten weitergeleitet werden können, um die notwendige ärztliche Versorgung zu erhalten.

Außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten sollen ambulante Notfallpatienten in der Regel in den Notdienstpraxen versorgt werden. Dies wird zum einen dadurch gewährleistet, dass Notdienstpraxen an allen Krankenhäusern eingerichtet werden, die rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnehmen und eine vergleichsweise hohe Anzahl an ambulanten Notfallpatienten aufweisen (**HANDLUNGSEMPFEHLUNG 1**). Zum anderen sollen die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen ausgeweitet und bundesweit einheitlich festgelegt werden. Mit einer Öffnung der Notdienstpraxen in der gesamten Zeit außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten wäre eine ambulante Notfallversorgung vor Ort durchgehend sichergestellt.


Die Differenzierung der Strukturen und Zuständigkeiten für die ambulante Notfallversorgung anhand der Sprechstundenzeiten setzt allerdings voraus, dass diese bundesweit einheitlich (ggf. vom G-BA) festgelegt werden. Wird von den üblichen vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten ausgegangen, könnten bspw. folgende Zeiträume definiert werden, in denen die Notdienstpraxen geöffnet haben sollen:

- Montag, Dienstag und Donnerstag: 17 Uhr bis 8 Uhr des Folgetages
- Mittwoch und Freitag: 15 Uhr bis 8 Uhr des Folgetages
- Samstag und Sonntag: durchgehend bis Montag 8 Uhr

Um personelle Ressourcen in Zeiten mit geringem Patientenaufkommen (bspw. nachts von 0 bis 6 Uhr) zu bündeln, ist es vor allem denkbar, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser die Versorgung in diesen Zeiträumen übernehmen. Dies müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Kooperationsverträge mit den Krankenhäusern regeln (siehe [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 4](#)). Aus den definierten „sprechstundenfreien“ Zeiten ergeben sich entsprechend die Sprechstundenzeiten (Montag, Dienstag und Donnerstag: 8 bis 17 Uhr sowie Mittwoch und Freitag: 8 bis 15 Uhr). Diese Definition verfolgt nicht das Ziel, einzelnen Vertragsärzten Öffnungszeiten vorzuschreiben. Es soll vielmehr sichergestellt werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen dafür sorgen, dass eine ausreichende Anzahl an Praxen niedergelassener Haus- und Fachärzte in dieser Zeit zur Verfügung steht. Wesentlich ist, dass rund um die Uhr, sowohl innerhalb als auch außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, die ärztliche Versorgung der ambulanten Notfallpatienten sichergestellt ist.

Wenn an einem Krankenhaus keine Notdienstpraxis vorhanden ist, muss auch für die Zeit außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten klar geregelt sein, in welche Strukturen die dort vorstelligen ambulanten Notfallpatienten geleitet werden. Außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten kann dies eine Notdienstpraxis an einem anderen Krankenhaus sein, das sich in räumlicher Nähe befindet. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, müssen die ambulanten Notfallpatienten vor Ort in der Notaufnahme des Krankenhauses behandelt werden. Entsprechende Vereinbarungen müssen auch für diese Fälle in Verträgen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus getroffen werden.

Aus [ABBILDUNG 7](#) wird deutlich, dass bei Umsetzung des Konzepts der größte Teil der Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf entweder im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich (innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten) oder in den Notdienstpraxen (außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten) versorgt wird. Außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten muss ein geringer Teil dieser Patienten in Notaufnahmen behandelt werden. Dies betrifft Zeiten bzw. Standorte mit vergleichsweise geringem Aufkommen ambulanter Notfallpatienten.

Es ist denkbar, die Notdienstpraxen in einigen Regionen auch innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten zu öffnen. Dies könnten bspw. Regionen sein, in denen eine ambulante Notfallversorgung in räumlicher Nähe zum Krankenhaus durch niedergelassene Vertragsärzte nicht sichergestellt werden kann. Entsprechende Bestrebungen bestehen derzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein im Zusammenhang mit den gemeinsam mit den Krankenhäusern betriebenen Portalpraxen (siehe  BEST PRACTICE: Konzept der Portalpraxen in Schleswig-Holstein). Vor der Realisierung sind allerdings noch rechtliche Fragen zu klären. Das wesentliche Problem besteht darin, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für den Notdienst allein auf die sprechstundenfreien Zeiten beschränkt ist. Auch

bei einer Kooperationsvereinbarung zum ärztlichen Notdienst dürften Notaufnahmen der Krankenhäuser demnach ambulante Behandlungen innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten nicht regelhaft durchführen [34].

Alle vorgeschlagenen Empfehlungen betreffen die Versorgung von Patienten, die in der Lage sind, die Portalpraxen aufzusuchen. Alle anderen Patienten sollen weiterhin rund um die Uhr über den Hausbesuchsdienst versorgt werden. Vorschläge für eine verbesserte Koordination der Versorgung dieser Patienten werden in der [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 5](#) dargestellt.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 3

Standardisierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patienten etablieren

Mithilfe einer standardisierten Einschätzung des individuellen Behandlungsbedarfs soll gewährleistet werden, dass die Patienten nachvollziehbar der für sie angemessenen Versorgungsstruktur zugeordnet werden. Dabei kann auf bereits bestehende, algorithmusbasierte Triage-Systeme zurückgegriffen werden. Diese müssen weiterentwickelt werden, um den spezifischen Anforderungen gerecht zu werden.

Der Behandlungsbedarf der Patienten, die die zentralen Anlaufstellen der Portalpraxen aufsuchen, soll anhand von standardisierten Kriterien eingeschätzt werden. Dabei soll nach einem vorgegebenen und erprobten Algorithmus vorgegangen werden. Nur mit einer solchen standardisierten Einschätzung des Behandlungsbedarfs kann eine einheitliche und nachvollziehbare Zuordnung der Patienten zu bestimmten Versorgungsbereichen gewährleistet werden. Zudem ermöglicht ein vorgegebener Algorithmus die schnellstmögliche Weiterleitung der Notfallpatienten, wenn eine dringende Behandlung notwendig ist. Die standardisierte Einschätzung sollen notfallmedizinisch erfahrene Pflegekräfte bzw. Medizinische Fachangestellte vornehmen. In einigen Notdienstpraxen wurden ähnliche Konzepte bereits realisiert. Ein Beispiel hierfür ist die Notdienstpraxis am Schwarzwald-Baar Klinikum (✓✓✓ BEST PRACTICE: Standardisierte Einschätzung an der gemeinsamen Anmeldung).

✓✓✓ BEST PRACTICE

Standardisierte Einschätzung an der gemeinsamen Anmeldung von Notdienstpraxis und Notaufnahme am Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen

Die Notdienstpraxis im Schwarzwald-Baar Klinikum wurde in unmittelbarer räumlicher Nähe zur zentralen Notaufnahme eingerichtet und grenzt direkt an den Warteraum der Notaufnahme an. Notaufnahme und Notdienstpraxis haben eine gemeinsame Anmeldung. Die dortige Einschätzung des Behandlungsbedarfs bildet die Voraussetzung für die Zuweisung zur passenden Versorgungsstruktur. Die Zuteilung der Patienten erfolgt anhand einer Liste von Leitsymptomen. Für die Einschätzung der Dringlichkeit und die Beurteilung des Ressourcenbedarfs werden zudem das Triage-System *Emergency Severity Index* und das *Manchester-Triage-System*, in jeweils modifizierter Form, genutzt. Mit diesem Vorgehen ist eine zeitnahe notfallmedizinische Versorgung dringlicher Fälle sichergestellt. Es wird vermieden, dass Patienten mit Behandlungsindikation für die Notaufnahme erst in die Notdienstpraxis und dann in die Klinik eingewiesen werden. Zudem werden Patienten, die aufgrund ihres Beschwerdebildes mit den in der Notdienstpraxis verfügbaren Ressourcen behandelt werden können, gezielt an diese weitergeleitet [35].

Als ein Bestandteil des Abfragealgorithmus zur standardisierten Einschätzung bieten sich die im deutschsprachigen Raum derzeit meist eingesetzten Systeme *Manchester-Triage* oder *Emergency Severity Index* an [36; 37]. Mit dem *Manchester-Triage-System* lässt sich der Behandlungsbedarf von Patienten aufgrund ihrer Beschwerden nach fünf Dringlichkeitsstufen einteilen. Ziel des Systems ist es, Prioritäten für die Behandlung festzulegen. Im *Emergency Severity Index* werden die Fälle ebenfalls nach Dringlichkeit eingestuft. Weniger dringliche Fälle werden zusätzlich anhand ihres voraussichtlichen Ressourcenbedarfs (z.B. Infusionen, Wundversorgung, Ausstellung eines Rezeptes, apparative Diagnostik) differenziert. Beide Triage-Systeme können von entsprechend qualifiziertem Personal (Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte) angewendet werden. Wie das Beispiel einer gemeinsamen Anmeldung im Schwarzwald-Baar Klinikum zeigt, können Triage-Systeme grundsätzlich auch für eine Zuteilung der Patienten zur Notdienstpraxis oder zur Notaufnahme verwendet werden (siehe ✓✓✓ BEST PRACTICE: Standardisierte Einschätzung an der gemeinsamen Anmeldung). Um der besonderen Herausforderung einer standardisierten Einschätzung und anschließenden Zuordnung in die verschiedenen Versorgungsstrukturen gerecht zu werden, müssen die bisher etablierten Systeme weiterentwickelt und ggf. ergänzt werden. Dabei ist eine Orientierung an konkreten Beschwerdebildern und den in den jeweiligen Versorgungsstrukturen vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten notwendig. Der verwendete Algorithmus sollte kontinuierlich in der Praxis evaluiert und ggf. angepasst werden.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 4

Kooperationsvereinbarungen schließen und Vergütungsanreize schaffen

Das vorgestellte Konzept der Portalpraxen setzt voraus, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser personell, räumlich und in Bezug auf die Nutzung der Infrastruktur (z.B. medizintechnische Geräte, Labordiagnostik) eng zusammenarbeiten. Zu diesem Zweck müssen verschiedene vertragliche Vereinbarungen geschlossen werden. Die Vergütung entsprechender Aufwände soll individuell zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem jeweiligen Krankenhaus geregelt werden.

Personelle Kooperationen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenhäusern sind die Grundlage, um die ambulante Notfallversorgung bundeseinheitlich sicherzustellen. Falls die Kassenärztlichen Vereinigungen in bestimmten Notdienstbezirken eine festzulegende Anzahl an Ärzten für die Notfallversorgung je 100.000 Einwohner nicht bereitstellen können, sollen sie Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern vor Ort schließen.

Um die Weiterleitung von Patienten durch die zentrale Anlaufstelle der Portalpraxis in den vertragsärztlichen Bereich zu fördern, kann die Einführung einer Abklärungspauschale als Vergütungsanreiz sinnvoll sein.

Gemäß den Neuregelungen in § 75 Abs. 1b SGB V soll die Sicherstellung des Notdienstes auch durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern gewährleistet werden. Außerdem können die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Ärzte durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen Leistungen im Rahmen des Notdienstes erbringen (§ 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V). Wegen des häufig thematisierten Problems, den ärztlichen Notdienst personell ausreichend zu besetzen [1; 7; 8; 12; 38], ist insbesondere der letztgenannte Punkt relevant. Bisher gibt es keine bundesweiten Orientierungswerte, anhand derer eingeschätzt werden kann, ob durch die Anzahl der in einem Bezirk für den Notdienst zur Verfügung stehenden Ärzte eine ausreichende personelle Besetzung

von Notdienstpraxen und Hausbesuchsdienst gewährleistet wird. Auf Grundlage bisheriger Erfahrungswerte soll daher bundesweit, bspw. durch den G-BA, eine Anhaltszahl für am Notdienst teilnehmende Ärzte je 100.000 Einwohner vorgegeben werden. In den Notdienstbezirken sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen diesen Orientierungswert, der vor allem in der Anfangsphase evaluiert werden sollte, garantieren. Wenn die für die Notfallversorgung erforderlichen Ärzte nicht bereitgestellt werden können, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge mit Krankenhäusern bzw. Krankenhausärzten schließen, um den personellen Bedarf zu decken.

Neben der personellen Kooperation sind weitere Aspekte der Zusammenarbeit von Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern regelungsbedürftig. Dies betrifft sowohl die Organisation an der gemeinsamen Anmeldung als auch bspw. die gemeinsame Nutzung von Untersuchungs- und Behandlungsräumen sowie medizintechnischen Geräten. Diesbezüglich müssen die Zusammenarbeit des jeweiligen ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals (Medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte) und die Versorgungsabläufe koordiniert werden. Zudem müssen Vereinbarungen zum Informationsaustausch (unter Wahrung datenschutzrechtlicher Aspekte) getroffen werden und ggf. sollten gemeinsame Softwarelösungen implementiert werden, um Informationen zu den Patienten reibungslos weiterzugeben. Auf Basis der Kooperationsvereinbarungen soll es bspw. möglich sein, dass die in der Notdienstpraxis behandelten Patienten eine Bildgebung in der Radiologie des Krankenhauses erhalten und die Befunde unmittelbar der Praxis zur Verfügung gestellt werden.

Eine erweiterte Form der Kooperation ist die Bereitstellung gemeinsamer Versorgungsangebote durch Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhaus (✓✓✓ BEST PRACTICE: Konzept der Portalpraxen in Schleswig-Holstein) [34].

✓✓✓ BEST PRACTICE

Konzept der Portalpraxen in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein, das als erstes Bundesland bereits im Jahr 2007 Notdienstpraxen an Krankenhäusern flächendeckend eingeführt hat, gibt es aktuell Bestrebungen, die Kooperationen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhäusern auszubauen.

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landeskrankengesellschaft haben vor – dort, wo entsprechende Vereinbarungen getroffen werden – die Notdienstpraxen gemeinsam von Kassenärztlicher Vereinigung und dem jeweiligen Krankenhaus zu betreiben. Diese Praxen sollen rund um die Uhr (d.h. auch in den vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten) geöffnet sein. Die ärztlichen Tätigkeiten sollen sowohl durch Vertrags- als auch durch Krankenhausärzte durchgeführt werden [34].

Grundsätzlich sollte in den Notdienstpraxen (wie bisher üblich) eine Vergütung über den EBM und eine Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen. Im Rahmen der individuellen Kooperationsvereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und betreffendem Krankenhaus müssen Regelungen zur Vergütung der durch das Krankenhaus erbrachten Leistungen und der zur Verfügung gestellten Infrastruktur gefunden werden: Die Aufwandsentschädigung für die ggf. in den Nachtzeiten durch das Krankenhaus übernommene Versorgung der ambulanten Notfallpatienten (siehe [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 2](#)) soll in Verträgen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus geregelt werden. Sofern die Infrastruktur des Krankenhauses benötigt wird, sollen die hierfür anfallenden Kosten zwischen Kassenärztlicher Verei-

nigung und Krankenhaus abgegolten werden. Gegenüber der Krankenkasse soll die geltende EBM-Vergütung für die erbrachten Leistungen abgerechnet werden.

Wie beschrieben, soll der Behandlungsbedarf der Patienten grundsätzlich in der zentralen Anlaufstelle der Portalpraxis eingeschätzt werden. Abhängig vom Ergebnis dieser Einschätzung werden die Patienten ggf. an zuständige Einrichtungen bzw. Ärzte im niedergelassenen Bereich verwiesen (siehe [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 2](#)). Um diesen Aufwand zu vergüten, könnte die Einführung einer Abklärungspauschale als Vergütungsanreiz sinnvoll sein. Die Höhe der Abklärungspauschale sollte – analog zur bestehenden Vergütung für Notfalleleistungen – auf Basis der im vertragsärztlichen Bereich etablierten EBM-Kalkulation ermittelt werden. Mit dieser Maßnahme kann einer Überlastung der Notdienstpraxen und Notaufnahmen zusätzlich entgegengewirkt und die Weiterleitung der Patienten in den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich gefördert werden.

3 WEITERE EMPFEHLUNGEN ZUR AMBULANTEN NOTFALLVERSORGUNG

Grundlage einer patientenorientierten ambulanten Notfallversorgung ist die flächendeckende Einrichtung von Portalpraxen. Um die ambulante Notfallversorgung nachhaltig zu verbessern, sind neben der Einführung dieser Strukturen weitere Maßnahmen erforderlich. Diese betreffen insbesondere die Bereiche:

- Leitstellen
- Niedergelassener Bereich
- Qualifikationen des Personals
- Patientenkompetenzen

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 5

Gemeinsame Leitstellen einrichten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Rettungsleitstellen sollen so kooperieren, dass Rettungsdienstesätze bei Patienten mit Erkrankungen, die eigentlich im vertragsärztlichen Bereich hätten versorgt werden können, möglichst vermieden werden. Ideal wäre eine vollständige Integration der Leitstellen. Bei lebensbedrohlichen Notfällen müssen Anrufe bei der Rufnummer 116 117 unmittelbar an den Rettungsdienst weitergeleitet werden können. Umgekehrt müssen Anrufe bei der Rufnummer 112 an den ärztlichen Notdienst weitergeleitet werden, wenn deutlich wird, dass eine Behandlung durch den ärztlichen Notdienst ausreicht.

In gemeinsamen Leitstellen des ärztlichen Notdienstes und des Rettungsdienstes muss eine standardisierte Notrufabfrage erfolgen. Wie der Notruf 112 soll auch die bundeseinheitliche Rufnummer des ärztlichen Notdienstes 116 117 rund um die Uhr mit einem persönlichen Ansprechpartner besetzt sein, um unnötige Besuche von Notaufnahmen zu verhindern.

Rahmenvorgaben für Leitstellenkooperationen schaffen

Nicht nur die Patienten müssen wissen, an wen sie sich in einer für sie bedrohlich wirkenden Situation zu wenden haben, sondern sie müssen von den verantwortlichen Stellen in die richtige Versorgungsstruktur geleitet werden. Diese Lotsenfunktion kann für Anrufe der Rufnummern 112 und 116 117 nur durch Koordination und eine enge Kooperation von Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und des Rettungsdienstes gelingen.

Für Kooperationen müssen auf Länderebene möglichst einheitliche Rahmenvorgaben formuliert werden, an denen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Träger der Rettungsleitstellen orientieren. Dies ist die Voraussetzung für eine vergleichbare und hohe Qualität in der Zusammenarbeit der Leitstellen.

Für eine optimale Versorgung der Patienten müssen Informationen zwischen den Leitstellen ohne Verluste weitergeleitet und bei Bedarf schnellstmöglich weitere Maßnahmen eingeleitet werden. Hierfür ist die Nutzung standardisierter Software und gemeinsamer Datenbanken anzustreben.

Bei der Ausgestaltung von Kooperationen wäre eine vollständige Integration von Rettungsleitstellen und Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsame Leitstellen ideal (✓✓✓ BEST PRACTICE: Integrierte Leitstellen im Saarland und Baden-Württemberg).

✓✓✓ **BEST PRACTICE**

Integrierte Leitstellen im Saarland und Baden-Württemberg

Als positive Beispiele können das Saarland und Baden-Württemberg genannt werden. Im Saarland nimmt eine zentrale, integrierte Leitstelle des Rettungsdienstes nicht nur die Anrufe der Rufnummer 112 entgegen, sondern auch die über die Rufnummer des ärztlichen Notdienstes (116 117) eingehenden Gespräche. Diese werden bei entsprechender Indikation an den zuständigen Notdienst weitergeleitet.¹⁷

Auch in Baden-Württemberg nehmen die integrierten Leitstellen des Deutschen Roten Kreuzes zusätzlich die Anrufe der Rufnummer 116 117 entgegen. Anschließend findet durch geschulte Rettungssanitäter oder Medizinische Fachangestellte in der Leitstelle eine standardisierte Notrufabfrage mithilfe eines Fragenkatalogs statt, sodass die Patienten in die geeignete Versorgungsstruktur geleitet werden können. Bei entsprechender Indikation disponieren die Rettungsleitstellen den Hausbesuchsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung.¹⁸

In den meisten Bundesländern sind die Rettungsleitstellen derzeit regional organisiert, d.h. je Bundesland ist eine Vielzahl an Rettungsleitstellen vorhanden. Eine Kooperation von Leitstellen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen wäre deutlich einfacher mit wenigen, zentralen Rettungsleitstellen zu realisieren. Dies wäre insbesondere im Hinblick auf die effiziente Nutzung von Ressourcen, die Standardisierung von Abfragesystemen und damit der Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität zu empfehlen.

Auch bei einer Integration von ärztlichem Notdienst und Rettungsleitstellen sollten beide Rufnummern erhalten bleiben, um klare Zuständigkeiten und eine zügige Bearbeitung der Anrufe zu ermöglichen. Entscheidend ist hier die reibungslose interne Weiterleitung (auch von bspw. bereits erhobenen Informationen).

Standardisierte Notrufabfrage entwickeln

Grundlage einer koordinierten Weiterleitung der Anrufe in gemeinsamen Leitstellen sind einheitliche Kriterien für eine standardisierte Notrufabfrage. Diese ermöglicht eine klare Zuordnung der eingehenden Anrufe. Algorithmusbasierte Systeme sind bereits vorhanden und empirisch erprobt (✓✓✓ BEST PRACTICE: Norwegian Index for Medical Dispatch). Eine entsprechende Qualifikation und Weiterbildung der Leitstellenmitarbeiter ist für die Umsetzung von standardisierten Notrufabfragen obligatorisch (siehe [HANDLUNGSEMPFEHLUNG 7](#)).

¹⁷ <https://www.zrf-saar.de>, <https://kvsaarland.de/rufnummer-116117> (Zugriff am: 19.08.2016)

¹⁸ <http://www.drk-baden-wuerttemberg.de/aktuelles/newsdetails/archiv/2015/mai/27/meldung/169-rufnummer-116-117-fuer-den-aerztlichen-bereitschaftsdienst-startet-auch-in-baden-wuerttemberg.html> (Zugriff am: 19.08.2016)

✓✓✓ BEST PRACTICE

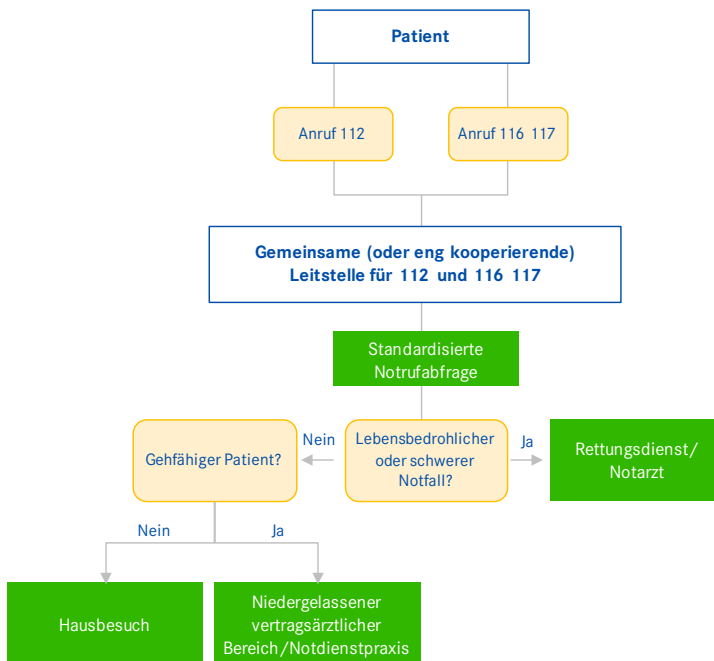
Norwegian Index for Medical Dispatch, Norwegen

Das *Norwegian Index for Medical Dispatch* in Norwegen ist ein Beispiel für eine gut funktionierende standardisierte Notrufabfrage. Es basiert auf dem international etablierten *Criteria-Based-Dispatch-System*. Speziell geschulte medizinische Fachkräfte nehmen eingehende Notrufe in eigens dafür eingerichteten Call Centern entgegen. Alle relevanten Informationen werden dabei nach einem halbstandardisierten Interviewschema erhoben. So lässt sich der jeweilige Fall einer von vier Dringlichkeits- sowie einer von 39 Symptomgruppen zuordnen. Diese Einteilung bildet die Grundlage für weitere Maßnahmen, wie z.B. die Alarmierung der Notfallrettung oder die Empfehlung, einen Arzt aufzusuchen. Aufgrund der positiven Erfahrungen aus Norwegen hat auch Dänemark ein ähnliches System eingeführt [39].

Wie ein Modell für gemeinsame bzw. kooperierende Leitstellen von Kassenärztlicher Vereinigung und Rettungsdienst aussehen kann, zeigt **ABBILDUNG 8**. Die standardisierte Notrufabfrage bestimmt hier den weiteren Verlauf der Versorgung.

ABBILDUNG 8:

Mögliches zukünftiges System einer Leitstellendisposition



Quelle: AQUA-Institut

Bei einem **lebensbedrohlichen oder schweren Notfall** benötigen Patienten unverzüglich medizinische und pflegerische Betreuung. Damit sind die „klassischen“ Notfallpatienten gemeint, die vom Rettungsdienst und/oder Notarzt erstversorgt und anschließend zur weiteren Behandlung ins Krankenhaus transportiert werden.

Ambulante Notfallpatienten sind dagegen diejenigen Patienten, bei denen kein lebensbedrohlicher oder schwerer Notfall vorliegt: Ihre Behandlung kann zwar nicht aufgeschoben werden, jedoch können sie gut im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden. Die Patienten, die nicht in der Lage sind, die Praxen aufzusuchen, werden durch den Hausbesuchsdienst versorgt. Die anderen Patienten (in der Abbildung als „gehfähige“ Patienten bezeichnet) können je nach vorhandenen Strukturen und Öffnungszeiten an den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich oder eine Notdienstpraxis verwiesen werden.

Leistungen unter der Rufnummer 116 117 erweitern

Zur bestmöglichen Versorgung des Patienten ist die Lotsenfunktion gemeinsamer Leitstellen von entscheidender Bedeutung. Um diese zu gewährleisten muss auch für die Rufnummer 116 117 ein ausfallsicheres und rund um die Uhr erreichbares Angebot geschaffen werden, wie es über den Notruf 112 bereits verfügbar ist.

Das gegenwärtige Angebot gewährleistet nicht, dass ambulante Notfallpatienten zuverlässig und ausreichend informiert bzw. in die adäquate Versorgung geleitet werden. Insbesondere Auskünfte zu fach- und kinderärztlichen Notdiensten müssen durch die telefonischen Ansprechpartner weitergegeben werden können. Dies gilt auch für die Versorgung innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten: Die Auskunft und der Hinweis auf niedergelassene Ärzte in der Umgebung könnten zu einer weiteren Entlastung der Notaufnahmen führen. International wird über die Notfallversorgung hinausgehend die Notwendigkeit einer allgemeinen Gesundheitshotline diskutiert. Wie ein umfassendes Angebot für den Erstkontakt von Patienten aussehen kann, zeigt ein Beispiel aus Österreich (✓✓✓ BEST PRACTICE: Telefonischer und webbasierter Erstkontakt).¹⁹

¹⁹ Die Empfehlung von notwendigen Behandlungsschritten oder auch Sofortbehandlungsmaßnahmen wie sie in Österreich vorgenommen werden sollen, ist in Deutschland derzeit allerdings aufgrund des Fernbehandlungsverbots nicht möglich.

✓✓✓ BEST PRACTICE**Telefonischer und webbasierter Erstkontakt (TEWEB), Österreich**

Basierend auf Erfahrungen vor allem aus dem skandinavischen und dem angloamerikanischen Raum wurde in Österreich das Projekt *TEWEB* (telefonischer und webbasierter Erstkontakt) entwickelt. Die Pilotphase beginnt Anfang 2017 in Niederösterreich unter Federführung des lokalen Rettungsdienstes „Notruf Niederösterreich“. Ziel ist die Etablierung eines *Single-Point-of-Contact* für Patienten mit medizinischen Problemen und Notfällen im präklinischen Bereich. Patienten sollen auf Basis ihrer Angaben zur optimalen Behandlungseinrichtung gesteuert werden. Das telefonische Auskunftssystem hat drei Stufen:

- Ersttriagierung: Nach standardisierten Vorgaben wird von einem geschulten Notrufmitarbeiter eine Differenzierung zwischen schweren bzw. lebensgefährlichen Verletzungen und niederschweligen gesundheitlichen Problemen vorgenommen
- Falls keine unmittelbare Notfallrettung erforderlich ist, erfolgt die Übergabe an medizinisches Fachpersonal. Von ihm werden weitere Einstufungen vorgenommen sowie ggf. weitere notwendige Behandlungsschritte besprochen, Empfehlungen abgegeben oder auch Sofortbehandlungsmaßnahmen kommuniziert.
- Darüber hinaus gibt es ein ärztliches Backup mit klar definierter Qualifikation. Die Mediziner können sowohl das medizinische Fachpersonal unterstützen als auch bei Bedarf direkt mit dem Hilfesuchenden sprechen.

Das *TEWEB-Projekt* ist vor allem organisatorisch für Deutschland interessant, da das Angebot eine Integration von ärztlichem Notdienst und Rettungsleitstelle darstellt. Der zugrunde liegende Algorithmus der Delegation basiert auf dem empirisch erprobten amerikanischen *Advanced Medical Priority Dispatch System*²⁰, das fortlaufend qualitätsgesichert und weiterentwickelt wird. Die landesweite Implementierung des *TEWEB-Projekts* ist für Ende 2019 geplant [40].

²⁰ Das Advanced Medical Priority Dispatch System ist eine verbreitete Alternative zu den auf Criteria Based Dispatch basierenden Systemen. Das System zeichnet sich durch einen strikten Fragenkatalog sowie eine Fokussierung auf eine Dringlichkeitseinschätzung aus.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 6**Angebote im niedergelassenen Bereich für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf ausbauen**

Durch eine engmaschige und persönliche Betreuung von Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf im niedergelassenen Bereich kann verhindert werden, dass Notfallsituationen entstehen und diese Patienten unter Umständen in Krankenhäusern behandelt werden müssen. In diesem Zusammenhang spielt das medizinische Personal im niedergelassenen Bereich eine wichtige Rolle. Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf sind vor allem chronisch kranke bzw. multimorbide Patienten oder z.B. Patienten mit psychischen Erkrankungen. Innovative Modellprojekte bieten Lösungen, um eine intensivere Betreuung dieser Patienten zu gewährleisten.

Neben der Verbesserung der Strukturen für ambulante Notfallpatienten soll die Betreuung von Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf in den Fokus genommen werden. Dies könnten bspw. Patienten mit (insulinpflichtigem) Diabetes mellitus, chronischen Herz- oder Lungenerkrankungen und psychisch Erkrankte sein. Sie bedürfen einer intensiven und kontinuierlichen Betreuung durch den behandelnden niedergelassenen Arzt.

Durch eine engmaschige und persönliche Betreuung kann verhindert werden, dass überhaupt eine Notfallsituation entsteht. Zudem benötigen die entsprechenden Patienten bei akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustands eine schnell verfügbare Anlaufstelle. Außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten ist der behandelnde Arzt in der Regel nicht verfügbar, sodass sich die Patienten an Ärzte wenden müssen, die ihre Krankheitsgeschichte nur eingeschränkt nachvollziehen können. Versorgungsmodelle, in denen eine Betreuung von Patienten auch über die vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten hinaus ermöglicht wird, können dem Entstehen von Notfallsituationen vorbeugen. Darüber hinaus wäre die Einbeziehung von nicht-ärztlichem Personal denkbar. Über die bereits weit verbreiteten *Disease-Management-Programme* hinaus wurden in Deutschland praxisbasierte *Case-Management-Programme* entwickelt und mit vielversprechenden Ergebnissen evaluiert (✓✓✓ BEST PRACTICE: PraCMan-Projekt). Darüber hinaus gibt es weitere Beispiele für ähnliche Projekte (z.B. PROMPT [41], MuBeck²¹).

✓✓✓ BEST PRACTICE**PraCMan-Projekt – Praxis-basiertes Case-Management in der Hausarztpraxis**

Das *PraCMan-Projekt* im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg ist deutschlandweit das erste Modell, das auf die Belange von Medizinischen Fachangestellten ausgerichtet ist. In erster Linie geht es darum, ein Case-Management in der Hausarztpraxis einzuführen. Ziel ist, besonders geschulte Medizinische Fachangestellte strukturiert in die Betreuung chronisch kranker Patienten einzubinden, um deren Versorgung zu optimieren und gleichzeitig den Arzt zu entlasten. Das Versorgungsmodell besteht derzeit aus den Modulen Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ 2, chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Depression.

Im Rahmen des Projektes erhalten die teilnehmenden Praxen eine spezielle Software zur Unterstützung bei der Betreuung der chronisch kranken Patienten. Darüber hinaus bekommen die Medizinischen Fachangestellten im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zwei Mal pro Jahr einen datengestützten Feedback-Bericht [42].

²¹ <http://www.praxis-bayerwald.de/projekte/archiv/mubeck> (Zugriff am: 18.08.2016)

Insbesondere psychisch kranke Menschen sind eine Patientengruppe, die im System der bestehenden ambulanten Notfallversorgung nicht ausreichend berücksichtigt wird [27]. Aufgrund der Besonderheiten der psychischen Erkrankungen sowie der spezifischen Anforderungen an die Versorgung psychiatrischer Notfallpatienten sind hier Lösungen gefragt, die auch andere Versorger einbeziehen und dabei helfen, unnötige stationäre Einweisungen zu vermeiden. Eine wichtige Rolle können sogenannte Krisendienste spielen, die in unterschiedlicher Form von verschiedenen Trägern bereits angeboten werden (✓✓✓ BEST PRACTICE: Berliner Krisendienst). Eine flächendeckende Versorgung nach diesem Vorbild ist allerdings – auch nach Aussage der befragten Experten – nicht etabliert.

✓✓✓ BEST PRACTICE

Berliner Krisendienst, Berlin

Der *Berliner Krisendienst* wurde in den 1990er Jahren als Folge der steigenden Nachfrage nach entsprechenden Notfallangeboten von sechs freien Trägern aus der gemeindepsychiatrischen Versorgung gegründet. Finanziert wird das Angebot aus öffentlichen Mitteln aller Berliner Bezirke. Hilfesuchende können die Unterstützung von Psychologen und Sozialarbeitern sowohl telefonisch als auch persönlich an neun Standorten im Stadtgebiet in Anspruch nehmen. Hinzu kommt die Möglichkeit des mobilen Einsatzes am Krisenort.²²

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 7

Qualifikation des Personals sicherstellen

Die Mediziner, die an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen, müssen für die speziellen Anforderungen qualifiziert sein und ein großes Wissensspektrum für die Behandlung von Erkrankungen mitbringen. Allerdings werden im Notdienst Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen eingesetzt, die nicht die gleichen Erfahrungen im Umgang mit ambulanten Notfallpatienten haben. Des Weiteren gibt es keine bundesweit verbindlichen Qualifikationsanforderungen für Ärzte, die am ärztlichen Notdienst teilnehmen.

Ähnliches gilt für die in der ambulanten Notfallversorgung eingesetzten Pflegekräfte, Medizinischen Fachangestellten und Leitstellenmitarbeiter. Für das gesamte Personal der ambulanten Notfallversorgung werden verbindliche Qualifikationsprofile und entsprechend strukturierte Fortbildungsangebote benötigt.

Für den ärztlichen Notdienst können vor allem qualifizierte Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin, die Erfahrungen durch hausärztliche Tätigkeit mitbringen, gut eingesetzt werden [16; 43; 44]. Je besser die Qualifikation der Ärzte in den Notdienstpraxen auf die Belange der ambulanten Notfallpatienten zugeschnitten ist, umso mehr Patienten können dort ambulant behandelt werden, ohne die Notaufnahmen der Krankenhäuser in Anspruch nehmen zu müssen. In vielen Regionen kann der ärztliche Notdienst jedoch nicht ausreichend mit Fachärzten für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin bzw. mit Hausärzten besetzt werden. Demzufolge müssen auch andere Facharztgruppen einbezogen werden.

²² <http://www.berliner-krisendienst.de/> (Zugriff am: 18.08.2016)

Um die ambulante Notfallversorgung auch in der gebotenen Qualität sicherzustellen, sollen bundesweit verbindliche Anforderungen für die Qualifikation der im Notdienst eingesetzten Ärzte festgelegt werden. Hierfür soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Kooperation mit der Bundesärztekammer verbindliche Vorgaben formulieren, die auf Landesebene umgesetzt werden. Auf Grundlage dieser Vorgaben sollen die individuellen Voraussetzungen, die ein Arzt durch seine fachärztliche Qualifikation, seine Zusatzqualifikationen und seine praktischen Erfahrungen mitbringt, durch modulare und zertifizierte Fortbildungen ergänzt werden. Beispielhaft wird ein bereits existierendes Fortbildungsangebot vorgestellt (✓✓✓ BEST PRACTICE: Fit im KV-Notdienst/Qualifikation Ärztlicher Bereitschaftsdienst).

Qualifikationsprofile und Fortbildungsangebote sollen auch für das in der ambulanten Notfallversorgung eingesetzte nicht-ärztliche Personal eingeführt werden. Für Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte und Leitstellenmitarbeiter soll neben ausreichenden praktischen Erfahrungen in der Patientenversorgung auch die Qualifikation zur Durchführung einer standardisierten Einschätzung bzw. Notrufabfrage verpflichtend sein.

Ergänzend könnten interdisziplinäre Qualitätszirkel eingesetzt werden, um den Erfahrungsaustausch zu fördern und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen zu verbessern.

✓✓✓ **BEST PRACTICE**

Fit im KV-Notdienst/Qualifikation Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Fortbildungsangebot in Nordrhein

Der modulare Kurs *Fit im KV-Notdienst/Qualifikation Ärztlicher Bereitschaftsdienst* berücksichtigt speziell die Erfordernisse des Notdienstes. Er wurde im Jahr 2012 von einem interdisziplinären Ärzteteam entwickelt. Verantwortlich war das von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein getragene Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN). Nach erfolgreichem Abschluss der Pilotphase wird der Kurs inzwischen von der Nordrheinischen Akademie für Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Nordrhein angeboten. Das Angebot richtet sich explizit an

- niedergelassene Ärzte, die ihr Wissen für den Notdienst in anderen Fachgebieten als dem eigenen auffrischen oder nach längerer Pause wieder einsteigen möchten und
- Krankenhausärzte, die im ärztlichen Notdienst mitarbeiten möchten.

Neben den organisatorisch-logistischen Anforderungen im Notdienst werden die häufigsten Symptome und die für den Notdienst geeigneten Therapien besprochen. Im Fokus steht die Frage, woran ein gefährlicher Verlauf zu erkennen ist und wann mit welchen Mitteln eine sichere Versorgung durch den Notdienst gewährleistet werden kann. Auch die Besonderheiten bei Notfällen im Kindesalter, die Versorgung von psychiatrischen Notfällen, der Selbstschutz vor möglichen Übergriffen bei Hausbesuchen sowie der Umgang mit Gewaltopfern werden thematisiert.²³

²³ <http://www.akademienordrhein.info/qualifikation-aerztlicher-bereitschaftsdienst/> (Zugriff am: 18.08.2016)

HANDLUNGSEMPFEHLUNG 8**Patientenkompetenzen stärken**

Die Patienten müssen ausreichend informiert werden, um in Notfallsituationen eine angemessene Entscheidung treffen zu können. Die Notfallversorgung soll so transparent gestaltet werden, dass die Kompetenz der Patienten zur informierten Entscheidung erhöht wird. Deshalb ist es neben der Einführung der Steuerungselemente wichtig, über Verantwortlichkeiten und Aufgaben der beteiligten Akteure zu informieren.

Patientenkompetenzen lassen sich bspw. über Informations- und Aufklärungskampagnen unter Einsatz von Flyern und modernen Medien (z.B. Webseiten, Apps) stärken.

Inhalte solcher Kampagnen könnten sein:

- Generelle Verantwortlichkeiten und Aufgaben der verschiedenen Akteure (vertragsärztliche Praxen, Portalpraxen)
- Informationen zu den Rufnummern im Notfall
- Konkrete Informationen über die Portalpraxen vor Ort (z.B. Adresse, Öffnungszeiten).²⁴

Da das Thema auch aus Sicht der befragten Experten von großer Bedeutung ist, müssen breite Kampagnen über einschlägige Medien initiiert werden, um die Patienten für die Probleme der Notfallversorgung zu sensibilisieren und ihnen die neu eingeführten Strukturen näherzubringen. Je nach Zielgruppe können unterschiedliche Medien verwendet werden. Ein Beispiel für eine Aufklärungskampagne unter Einsatz einer webbasierten Suchmaschine kommt aus dem britischen Gesundheitssystem (✓✓✓ BEST PRACTICE: notalwaysaande).

✓✓✓ BEST PRACTICE**notalwaysaande, NHS London**

Die Webseite www.notalwaysaande.co.uk ist Teil einer breit angelegten professionellen Kampagne, die die Fehlnutzung von *A&E departments (accident and emergency)* bei nicht indizierten Krankheiten und Verletzungen thematisiert. Auf der Webseite können sich Patienten im Großraum Londons über Versorgungsmöglichkeiten im Notfall informieren. Hilfesuchende haben die Möglichkeit, aus einer Reihe von Symptomen eine Auswahl zu treffen sowie ihre Postleitzahl einzugeben. Dabei werden sie auf lokale Versorgungsangebote für diese Symptome hingewiesen. Das Angebot der Webseite wird von einem Informationsvideo zum Thema begleitet.

Die mediale Sensibilisierung für die Thematik hilft, bestehende und neu geschaffene Strukturen im Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern. Durch bessere Informationen (und gute Qualität der Versorgung) kann die Akzeptanz der Patienten für die ambulante Notfallversorgung gesteigert werden.

²⁴ Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen bietet bspw. Merkzettel mit Öffnungszeiten und Anlaufstellen für jeden Notdienstbezirk an (siehe http://www.kv-thueringen.de/patienten/notdienst_patienten/2_Notdienstbereiche/Allgemeinaerztl_ND_in_Th/index.html, Zugriff am: 18.08.2016).

4 FAZIT

Die ambulante Notfallversorgung in Deutschland steht vor vielen Herausforderungen. Auf die steigenden Zahlen ambulanter Patienten in den Notaufnahmen hat der Gesetzgeber bereits reagiert: Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes Anfang 2016 wurden die Einrichtung von Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern bzw. eine vermehrte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Krankenhäusern gesetzlich verankert. Statt in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sollen ambulante Notfallpatienten vor allem in diesen Notdienstpraxen behandelt werden.

Diese Entwicklungen sind ein Schritt in die richtige Richtung, gehen aber – auch aus Sicht der Mehrheit der befragten Experten – noch nicht weit genug. Notwendig ist die Umsetzung eines umfassenden Portalpraxenkonzepts (siehe [Kapitel 2](#)) unter Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dieses beinhaltet gemeinsame zentrale Anlaufstellen von Notaufnahme und Notdienstpraxis in allen an der stationären Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern. Dort soll mithilfe einer standardisierten Einschätzung der Behandlungsbedarf der Patienten einschließlich der Dringlichkeit des Falles eingeschätzt werden. Anschließend sollen die Patienten in die für sie angemessene Versorgungsstruktur geleitet werden. Ambulante Notfallpatienten sollen vor allem in angegliederte Notdienstpraxen oder zu niedergelassenen Ärzten gelenkt werden. Wesentlich ist, dass die Versorgung dieser Patienten rund um die Uhr gewährleistet wird.

Das skizzierte Portalpraxenkonzept ist ein Schlüssel zur Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung, aus Sicht des AQUA-Instituts sollte es aber im Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen umgesetzt werden. Diese betreffen vor allem die verbesserte Kooperation von Rettungsleitstellen und Leitstellen des ärztlichen Notdienstes, die Qualifikation des in der ambulanten Notfallversorgung beteiligten Personals sowie die Förderung von engmaschigen Versorgungskonzepten für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf im niedergelassenen Bereich. Des Weiteren ist eine verstärkte Information und Aufklärung der Patienten über die Notfallstrukturen besonders wichtig, damit diese im Notfall bessere Entscheidungen treffen können. Ein Zusammenspiel aller Maßnahmen würde eine nachhaltige Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung bewirken.

Es ist wichtig zu betonen, dass die vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen vor dem Hintergrund der bestehenden Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen zu betrachten sind. Mit der Einführung der Portalpraxen, mit Kooperationsverträgen und dem Setzen gemeinsamer Standards werden Sektorengrenzen überbrückt. In der konkreten Ausgestaltung des Konzepts werden – vor allem nach Einschätzung der befragten Experten – mutmaßlich weitere Herausforderungen sichtbar. Zu nennen wären hier insbesondere die föderalen Strukturen, die begründeten Interessen einer Vielzahl zu beteiligender Akteure sowohl auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer als auch auf Seiten der Selbstverwaltung. Die Umsetzung der in diesem Gutachten beschriebenen Vorschläge setzt allerdings voraus, dass gewohnte Strukturen bis zu einem gewissen Grad verlassen und inter- und intrasektorale Eigeninteressen überwunden werden. In jedem Fall wäre die Realisierung des beschriebenen Portalpraxenkonzepts bei Berücksichtigung der weiteren Empfehlungen ein zukunftsweisender und notwendiger Schritt, um die aktuellen Schwachstellen in der ambulanten Notfallversorgung zu beseitigen.

GLOSSAR

Begriff	Beschreibung
Anlaufstelle, zentrale	→ Portalpraxis
Bereitschaftsdienst, ärztlicher	→ Notdienst, ärztlicher
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	Vergütungssystem für die Abrechnung von Leistungen im vertragsärztlichen Bereich.
Einrichtung	→ Leistungserbringer
Einschätzung, standardisierte	Hier: Standardisiertes Verfahren zur Einschätzung des Behandlungsbedarfs von Patienten mittels Triagesystemen an der gemeinsamen Anmeldung von Notdienstpraxis und Notaufnahme (→ Triage).
Facharzt	Arzt mit anerkannter mehrjähriger Weiterbildung auf einem medizinischen Fachgebiet.
Hausarzt	Niedergelassener oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellter Arzt mit generalistischer Ausrichtung. Typischerweise Fachärzte für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin oder für Kinder- und Jugendmedizin.
Hausbesuchsdienst	Von den → Kassenärztlichen Vereinigungen betriebener Dienst der niedergelassenen Ärzte. Der Dienst steht Patienten zur Verfügung, die nicht in der Lage sind, die Praxen der niedergelassenen Ärzte aufzusuchen. Er kann zudem immer dann in Anspruch genommen werden, wenn die jeweiligen Praxen geschlossen haben.
Kassenärztliche Vereinigung	Selbstverwaltungskörperschaften der Vertragsärzte und der psychologischen Psychotherapeuten. In Deutschland gibt es insgesamt 17 Kassenärztliche Vereinigungen. Diese beziehen sich regional jeweils auf die Ebene eines Bundeslandes. Ausnahme ist das Land Nordrhein- Westfalen, wo es die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gibt. Auf Bundesebene sind die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Sitz in Berlin organisiert.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Medizinisches Versorgungszentrum	Fachübergreifende Einrichtung zur ambulanten Versorgung, in der Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Nach § 95 SGB V sind Medizinische Versorgungszentren Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung.

Notarzt	Arzt mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation, der bei akuten, lebensgefährdenden Erkrankungen oder Verletzungen eines Patienten mit Transportmitteln des → Rettungsdienstes (Notarzteinsatzfahrzeug, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) zu diesem gelangt und ihn präklinisch versorgt.
Notaufnahme	Auch Notfallambulanz genannt. Erste Anlaufstelle im Krankenhaus zur Akutversorgung von medizinischen Notfallpatienten. Die Notaufnahme kann zentral oder dezentral organisiert sein.
Notdienst, ärztlicher	Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen organisieren eine flächendeckende Versorgung der Patienten rund um die Uhr. Der ärztliche Notdienst versorgt die Patienten außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten.
Notdienstpraxis	Von der Kassenärztlichen Vereinigung betriebene Praxis, die nach dem Krankenhausstrukturgesetz möglichst in oder an Krankenhäusern eingerichtet werden soll. Ambulante Notfallpatienten sollen hier versorgt werden. Die Notdienstpraxis kann Bestandteil einer → Portalpraxis sein.
Notfallpatient, ambulanter	Notfallpatient, der im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden sollte (siehe auch Kapitel 1).
Notrufabfrage, standardisierte	Hier: Standardisiertes Verfahren zur Einschätzung des Behandlungsbedarfs von Patienten mittels algorithmusbasierter Systeme in den gemeinsamen oder kooperierenden Leitstellen.
Portalpraxis	Der Begriff wird in der politischen Diskussion unterschiedlich gebraucht und ist nicht eindeutig definiert. Eine Portalpraxis beinhaltet gemäß dem hier vorgeschlagenen Konzept immer eine zentrale Anlaufstelle im Krankenhaus. Hier wird der Behandlungsbedarf der Patienten standardisiert eingeschätzt und der Patient anschließend in eine angemessene Versorgungsstruktur geleitet. Eine → Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung kann Bestandteil der Portalpraxis sein.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte, definierte Anforderungen erfüllen.
Rettungsdienst	Bei medizinischen Notfällen führt der Rettungsdienst rund um die Uhr lebensrettende Sofortmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden unter Einsatz verschiedener Rettungsmittel aus. Des Weiteren gehört der qualifizierte Krankentransport zu seinen Aufgaben.
Sektor	Institutionell, d.h. durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten getrennte Bereiche der medizinisch-therapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. ambulant/stationär).
Sicherstellungsauftrag	Nach § 72 SGB V wirken Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Dabei soll eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet werden.

Triage	<p>Verfahren zum Priorisieren medizinischer Hilfeleistung. Triage-Systeme werden u.a. in der Notaufnahme eingesetzt und ermöglichen die Einteilung der dort vorstellig werdenden Patienten anhand ihrer Erkrankungsschwere. Auf Grundlage der Triage werden Behandlungspriorität und -ort festgelegt.</p> <p>→ Einschätzung, standardisierte</p>
Vertragsarzt	<p>Arzt, der im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Behandlung von sozialversicherten Patienten zugelassen bzw. ermächtigt ist. Die Zulassung als Vertragsarzt erfolgt durch die zuständige → Kassenärztliche Vereinigung. Der Erwerb eines Facharztstitels ist Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt der Gesetzlichen Krankenversicherung.</p>

ANHANG

Zur wissenschaftlichen Fundierung des Themas wurden eine Evidenzrecherche, zwei systematische Literaturrechen, eine ergänzende Handrecherche sowie zahlreiche Expertengespräche durchgeführt [45]. Auf Grundlage dieser Informationen wurden die Handlungsempfehlungen erarbeitet.

Evidenz- und Literaturrecherchen

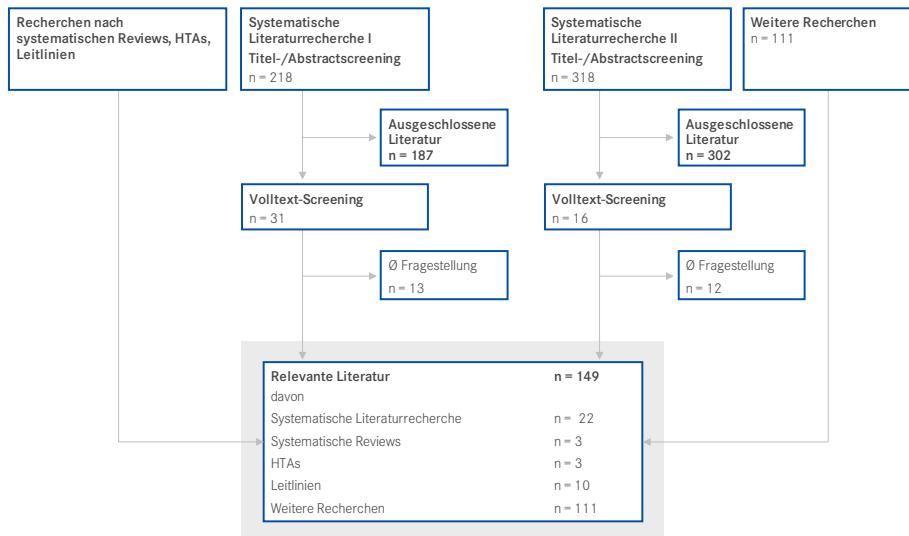
Systematische Reviews, Metaanalysen und Health Technology Assessments (HTAs) wurden in der Cochrane Library der Cochrane Collaboration, in der Datenbank der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA), in der Datenbank des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) des National Institute for Health Research (NIHR) und der Datenbank des International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) recherchiert. Die Leitlinienrecherche erfolgte über das Leitlinienportal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), in der International Guideline Library des Guideline International Network (G-I-N) sowie in speziellen Suchmaschinen der AHRQ (National Guideline Clearinghouse) und des NHS (NHS-Evidence Guidelines Finder).

Zwei systematische Literaturrecherchen wurden jeweils in den bibliographischen Metadatenbanken der National Library of Medicine (NLM) und der Excerpta Medica Database (EMBASE) ausgeführt. Die erste Literaturrecherche fokussierte als Zielpopulation Notfallpatienten und medizinische Notfälle in allgemeinen ambulanten Versorgungssettings. Formale Einschränkungen wurden in Bezug auf bestimmte Publikationskriterien sowie die Sprache gesetzt. Die zweite systematische Literaturrecherche basierte auf den Ergebnissen der im Vorfeld durchgeführten Evidenzrecherche, die sich auf Publikationen mit aggregierter Evidenz bezog, und der ersten systematischen Literaturrecherche. Ergänzt wurden bestimmte Notfallarten (wie z.B. der psychiatrische Notfall) und sehr konkrete Versorgungswege und -formen, die mit Qualitäts- und Outcomeparametern wie z.B. Zugangsmöglichkeiten und Patientenzufriedenheit kombiniert wurden.

Da zu erwarten war, dass sich in Bezug auf die systematischen Recherchen eher wenige hochwertige Studien finden lassen, wurden kontinuierlich Handsuchen durchgeführt.

In [ABBILDUNG 9](#) sind die Ergebnisse des Rechercheprozesses zusammengefasst.

ABBILDUNG 9:
Ergebnisse der Recherchen



Quelle: AQUA-Institut

Expertengespräche

Um eine konkrete und praktische Fundierung des Gutachtens zu erreichen, wurde zusätzlich die Expertise verschiedener an der Notfallversorgung beteiligter Institutionen und Organisationen eingeholt.

Folgende 26 Experten wurden entsprechend vom AQUA-Institut befragt:

- Zwei niedergelassene Ärzte: ein Facharzt für Innere Medizin, ein Facharzt für Allgemeinmedizin
- Vier Klinikärzte: drei Ärzte in leitender Funktion von Notaufnahmen, ein Arzt in leitender Funktion in einer allgemeinmedizinischen Klinik
- Drei Vertreter aus dem Bereich des Rettungsdienstes: Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK), Johanniter Unfallhilfe e.V., Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW)
- Vertreter folgender Fachgesellschaften, von denen vier als Klinikärzte tätig sind und einer in einer Fachpraxis für psychische Erkrankungen:
 - Ein Vertreter der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)
 - Ein Vertreter der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)
 - Ein Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
 - Ein Vertreter der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)
 - Zwei Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

- Eine Vertreterin des Deutschen Hausärzterverbands – Landesverband Baden-Württemberg e.V.
- Jeweils ein Vertreter der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KdöR (KBV) und der Patientenvertretung im G-BA
- Jeweils ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein KdöR (KVSH) und Baden-Württemberg KdöR (KVBW)
- Ein Vertreter des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. (vpsg)
- Ein Vertreter des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V.
- Vertreter von verschiedenen Pilotprojekten:
 - Arztbörse „Hire a doctor group“
 - Arzt-Notruf der Region Lahn-Dill
 - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Allen Experten wurde vorab ein kurzer Fragebogen zugeschickt, der in einem teilstandardisierten Telefoninterview beantwortet wurde.

1. Wie würden Sie „ambulante Notfallversorgung“ und die dort zu behandelnden Patienten definieren?
2. Wie schätzen Sie die derzeitige Situation der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland ein?²⁵
 - Wo sehen Sie aktuelle Probleme oder Herausforderungen?
 - Wo sehen Sie aktuelle Stärken des Systems (Best Practice-Ansätze)?
 - Wie beurteilen Sie die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen?
3. Was sind aus Ihrer Sicht Ansätze zur Lösung der bestehenden Probleme in der ambulanten Notfallversorgung, z.B. hinsichtlich
 - der Strukturen des Systems?
 - der Patientensteuerung?
 - regionaler Aspekte?

Zu einzelnen Fragestellungen wurden darüber hinaus gezielt Ansprechpartner von Best-Practice-Ansätzen befragt. Neben der Befragung dieser Experten wurden auch die Landesvertretungen des vdek gebeten, Rückmeldungen zu ihren landesspezifischen Erfahrungen zu geben. Darüber hinaus wurde mit einzelnen Vertretern der Landesvertretungen und der Mitgliedskassen des vdek ein Expertenworkshop durchgeführt.

Methodik zur Erstellung der Abbildungen zur Verteilung der Notdienstpraxen in Deutschland

Zur Darstellung der geographischen Verteilung der Notdienstpraxen wurde eine Recherche auf den Webseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen im Juni 2016 durchgeführt. Die Koordinaten der einzelnen Notdienstpraxen wurden anhand deren Postleitzahlen zugeordnet. Sofern einzelne Notdienstpraxen die gleiche Postleitzahl hatten, wurden die Punkte auf der Karte leicht versetzt dargestellt.

²⁵ Bei ausländischen Experten bezog sich diese Frage nicht auf Deutschland, sondern auf deren Herkunftsland, in dem sie in der Notfallversorgung tätig sind (z.B. Schweiz).

LITERATUR

1. SVR (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
2. Beivers, A; Dodt, C (2014). Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. Notfall + Rettungsmedizin 17(3): 190-198.
3. Augurzky, B; Beivers, A; Straub, N; Veltkamp, C (2014). Krankenhausplanung 2.0. Essen: RWI - Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
4. Behringer, W; Buergi, U; Christ, M; Dodt, C; Hogan, B (2013). Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Notfall + Rettungsmedizin 16(8): 625-626.
5. Bezzina, AJ; Smith, PB; Cromwell, D; Eagar, K (2005). Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. Emerg Med Australas 17(5-6): 472-479.
6. Riessen, R; Gries, A; Seekamp, A; Dodt, C; Kumle, B; Busch, HJ (2015). Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Med Klin Intensivmed Notfmed 110(5): 364-375.
7. Haas, C; Larbig, M; Schöpke, T; Lübke-Naberhaus, K-D; Schmidt, C; Brachmann, M; et al. (2015). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Hamburg: Management Consult Kestermann GmbH (MCK); Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA).
8. Niehues, C (2012). Notfallversorgung in Deutschland. Analyse des Staus quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
9. Schmiedhofer, MH; Searle, J; Slagman, A; Möckel, M (2016). Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. Gesundheitswesen.
10. IGES (2016). Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. Projektphase II. Ergebnisbericht für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Stand: 19. Juli 2016. Berlin: IGES Institut GmbH.
11. Sefrin, P; Händlmeyer, A; Kast, W (2015). Leistungen des Notfall-Rettungsdienstes: Ergebnisse einer bundesweiten Analyse des DRK 2014. Notarzt 31(4): S34-S48.
12. Dodt, C (2013). Notfallmedizin im ländlichen Raum – Ein zunehmendes Problem. Notfall + Rettungsmedizin 16(1): 77-78.
13. Meier, F; Bauer, K; Schöffski, O; Schöpke, T; Dormann, H (2015). Zur Ökonomie ambulanter Notaufnahmepatienten. Untersuchung der Deckungsbeiträge in Abhängigkeit von Dringlichkeitskategorien, Leitsymptomen und Diagnosen. Notfall + Rettungsmedizin 19(1): 33-40.
14. Schöpke, T; Plappert, T (2011). Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. Notfall + Rettungsmedizin 14(5): 371-378.

15. Schöpke, T; Dodt, C; Brachmann, M; Schnieder, W; Petersen, PF; Böer, J (2014). Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin* 17(8): 660-670.
16. Schleaf, T; Schneider, N; Tecklenburg, A; Junius-Walker, U; Krause, O (2016). Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. *Gesundheitswesen* in press.
17. Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2010). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2010. Düsseldorf: DKI – Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
18. IGES (2015). Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase I für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Stand: 19. März 2015. Berlin: IGES Institut GmbH.
19. Korzilius, H; Rieser, S; Schulte Strathaus, R (2015). Ambulante Notfallversorgung: Patienten behandeln – aber am richtigen Ort. *Deutsches Ärzteblatt* 112(9): 353-356.
20. Schöpke, T (2014). Not macht ökonomisch. *f&w* 6: 528-532.
21. Riessen, R; Seekamp, A; Gries, A; Dodt, C; Kumle, B; Busch, H-J (2014). Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland. Tübingen: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI); Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN); Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA).
22. Dormann, H; Diesch, K; Ganslandt, T; Hahn, EG (2010). Kennzahlen und Qualitätsindikatoren einer medizinischen Notaufnahme. *Deutsches Ärzteblatt* 107(15): 261-267.
23. Schmiedel, R; Behrendt, H (2015). Leistungen des Rettungsdienstes 2012/13. Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2012 und 2013. Mensch und Sicherheit Heft M 260. Bergisch Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen.
24. Koch, B; Wendt, M; Lackner, CK; Ahnefeld, FW (2008). Herausforderungen an die Notfallversorgung der Zukunft: „Regional Health Care“ (RHC). *Notfall + Rettungsmedizin* 11(7): 491-499.
25. Sundmacher, L; Fischbach, D; Schuettig, W; Naumann, C; Augustin, U; Faisst, C (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 119(11): 1415-1423.
26. Sundmacher, L; Schüttig, W; Faisst, C (2015). Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. München: Fachbereich Health Services Management, Fakultät Betriebswirtschaft, Ludwig-Maximilians Universität München.
27. Pajonk, FG (2015). Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland. *Der Nervenarzt* 86(9): 1081-1090.
28. Werner, S; Gerlof, H (2016). Ärztlicher Notdienst bei vielen Patienten unbekannt. *DNP – Der Neurologe & Psychiater* 17(3): 63.
29. Fricke, A (2013). Langsam klingelt's. Ein Jahr 116 117, Artikel vom 9.4.2013. *Ärzte Zeitung*.
30. KBV; FGW (2015). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Mannheim: Kassenärztliche Bundesvereinigung; FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH.

31. Rau, R; Mensing, M; Brand, H (2006). „Medizinische Notfalldienste aus Nutzersicht“. Ein Beitrag zur Versorgungsforschung durch CATI-Befragung der Bevölkerung. *Medizinische Klinik* 101(1): 37-47.
32. Searle, J; Muller, R; Slagman, A; Schäfer, C; Lindner, T; Somasundaram, R; et al. (2015). Überfüllung der Notaufnahmen. Gründe und populationsbezogene Einflussfaktoren. *Notfall + Rettungsmedizin* 18(4): 306-315.
33. Koller, D; Damm, L (2013). Behandlung akut erkrankter Kinder und Jugendlicher. *Koller2013. Pädiatrie & Pädologie* 48(1): 61-65.
34. Schnack, D (2016). Starker Andrang in den Anlaufpraxen und Notdienstambulanzen in Schleswig-Holstein. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* (3): 6-10.
35. Kumle, B; Merz, S; Geiger, M; Kugel, K; Fink, U (2014). Konzept einer interdisziplinären Notaufnahmeklinik am Schwarzwald-Baar Klinikum. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* 109(7): 485-494.
36. Christ, M; Bingisser, R; Nickel, CH (2016). Bedeutung der Triage in der klinischen Notfallmedizin. *Dtsch Med Wochenschr* 141(5): 329-335.
37. Weyrich, P; Christ, M; Celebi, N; Riessen, R (2012). Triagesysteme in der Notaufnahme. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 107(1): 67-78; quiz 79.
38. Goffrier, B; Czihal, T; Erhart, M (2015). Übernahme der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten: Empirische Untersuchung zur Relevanz der Änderung von § 116a SGB V im GKV-VSG. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi).
39. Grusd, E; Kramer-Johansen, J (2016). Does the Norwegian emergency medical dispatch classification as non-urgent predict no need for pre-hospital medical treatment? An observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 24(1): 65.
40. Chwojka, CC; Novosad, H; Spielbichler, S; Krammel, M (2015). Leitstelle – Gatekeeping mit Qualitätsanspruch. Der vielschichtige Weg des Patienten in das Gesundheitssystem. *Notfall + Rettungsmedizin* 18(7): 581-587.
41. Gensichen, J; von Korff, M; Peitz, M; Muth, C; Beyer, M; Guthlin, C; et al. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 151(6): 369-378.
42. Freund, T; Peters-Klimm, F; Boyd, CM; Mahler, C; Gensichen, J; Erler, A; et al. (2016). Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 164(5): 323-330.
43. Khangura, JK; Flodgren, G; Perera, R; Rowe, BH; Shepperd, S (2012). Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev* 11: CD002097.
44. Scherer, M; Boczor, S; Weinberg, J; Kaduszkiewicz, H; Mayer-Runge, U; Wagner, H-O (2014). Allgemeinmedizin in einer Universitätsklinik – Ergebnisse eines Pilotprojekts. *Z Allg Med* 90(4): 165-173.
45. AQUA (2015). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 4.0 (Stand: 17. Februar 2015). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

IMPRESSUM

Auftraggeber:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Unter Mitarbeit von:

Christina Köster, Stephanie Wrede, Tobias Herrmann, Sven Meyer, Gerald Willms,
Almut Seyderhelm, Tanja Seeliger, Björn Broge, Joachim Szecsenyi


ISBN: 978-3-9817484-2-0

Göttingen im September 2016

Zitierweise:

Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J. (2016).
Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen: AQUA – Institut
für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

Zur besseren Lesbarkeit dieses Gutachtens wurde überwiegend die männliche Sprachform
verwendet. Soweit die männliche Sprachform verwendet wird, gilt sie auch für die weibliche.



AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Telefon: 0551-789 52-0
Telefax: 0551-789 52-10
office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de