

Reform der Notfall- und Akutversorgung

Diskussionspapier des Deutschen Städtetages



Reform der Notfall- und Akutversorgung

Diskussionspapier des Deutschen Städtetages – beschlossen vom Hauptausschuss am 16. November 2023

Grundsätzliches

In der Notfallrettung besteht in allen Sektoren (niedergelassene Ärzte/Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhäuser und Rettungsdienst) ein dringender Reformbedarf. Vor diesem Hintergrund ist es positiv, dass die vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Regierungskommission nun Vorschläge zur Reform der Notfall- und Akutversorgung¹ in Deutschland auf den Tisch gelegt hat. Diese werden in diesem Diskussionspapier aus der Perspektive der Städte bewertet.

Die Ursachen für die bestehenden Defizite und Mängel im Rettungswesen sind vielfältig. Ein zentrales Problem ist der Ausfall ambulanter Strukturen. Um die Notfallrettung weiterhin leistungsfähig zu halten, bedarf es einer deutlichen Leistungssteigerung des ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Der ambulante Notruf 116 117 muss für die Bürgerinnen und Bürger verlässlich erreichbar sein. Dort muss Personal in ausreichendem Umfang bereitgehalten werden, um auch bei Belastungsspitzen zeitnahe Hilfe leisten zu können. Auch für den ambulanten Notruf 116 117 müssen definierte Reaktionszeiten festgelegt werden, so wie sie bereits jetzt für die 112 gelten. Ambulante Zentren der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen für die Bürgerinnen und Bürger rund um die Uhr zugänglich sein. Ohne eine starke ambulante Säule werden sich Hilfesuchende im Notfall weiterhin an Notaufnahmen in Krankenhäusern und den Rettungsdienst wenden, die jedoch für diese Inanspruchnahme nicht ausgestattet sind.

Zu den zentralen Maßnahmen gehören daher, die technischen Strukturen, Prozesse und Schnittstellen auf Bundesebene klar zu definieren. Hierfür muss die Aufgabebewehrung in der Zusammenarbeit zwischen Leitstellen und Servicestelle 116 117 verbindlich werden. Der Bundesgesetzgeber ist aufgefordert, die Schnittstelle zwischen den beiden Systemen verbindlich zu regeln. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gehalten sich mit ihren Kapazitäten einzubringen. Die Stärkung der Notfallversorgung muss von einem gemeinsamen Verständnis aller Akteure im Rettungswesen getragen werden.

¹ Vierte Empfehlung – Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland: Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. www.bundesgesundheitsministerium.de (letzter Abruf 03.11.2023)
Neunte Empfehlung – Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. www.bundesgesundheitsministerium.de (letzter Abruf 03.11.2023)

Notfallrettung kann nicht die Defizite des ambulanten Sektors auffangen

Die Notfallrettung kann nicht die Defizite des ambulanten Gesundheitssystems auffangen. Der Ausbau einer ärztlich ambulanten Versorgung würde dabei mehr Wirkung erzielen als umfassende Aufklärungskampagnen für die Bevölkerung. Diese bleiben wichtig. Ob ein Notfall vorliegt, wird von den Hilfesuchenden subjektiv beurteilt. Der Anteil von Einsätzen der Notfallrettung, die objektiv betrachtet keine sind, ist in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen. Hier können Information und Aufklärung über die Strukturen und Anlaufstellen helfen. Einem Großteil der Bürgerinnen und Bürger ist der ambulante Notruf 116 117 nicht geläufig. Festzustellen bleibt aber, dass die Menschen das Bereitschaftssystem nutzen und akzeptieren, wenn Hilfe und Unterstützung verlässlich sichergestellt sind. Die kann aber immer häufiger nicht mehr gewährleistet werden. Die Situation im Winter 2022/2023 hat gezeigt, dass ein Kollaps der Systeme kein unrealistisches Szenario ist.

Begriff der Integrierten Leitstellen

Der Vorschlag der Regierungskommission, Integrierte Leitstellen als gemeinsame Leitstellen für Rettungsdienst und Kassenärztlichen Vereinigungen einzuführen, verkennt die etablierten Organisationen und Begrifflichkeiten. Der Begriff der Integrierten Leitstellen wird in nahezu dem gesamten Bundesgebiet für Leitstellen von Rettungsdienst mit Brand- und Katastrophenschutz verstanden. Die „Integrierten Leitstellen“ im Vorschlag der Regierungskommission werden jedoch als reine Leitstellen des medizinischen Bereiches betrachtet.

Rolle des Brand- und Katastrophenschutzes

Welche Rolle dem Brand- und Katastrophenschutz zukommen soll, bleibt offen. Eine Trennung von Rettungsdienst und Brand- und Katastrophenschutz kann nicht im Interesse weder der Kommunen noch des Bundes liegen. Durch eine neue Regelung des SGB V würde sich der Rettungsdienst noch weniger im Katastrophenschutz beteiligen. Der Vorwurf unnötiger Krankentransporte, weil der Rettungsdienst aktuell nur bezahlt wird, wenn er transportiert, ist eine Verkürzung der Sachlage. Notfallsanitäter können faktisch keinen Patienten zuhause zurücklassen, wenn der Wunsch nach einer Krankenhaus Behandlung geäußert wird. Eine funktionierende Alternative über die Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es in der Regel nicht.

Pflegeuntergrenze

Bei den Themen der Pflegeuntergrenze in Quanti- und Qualität ist regelmäßig zu bedenken, dass diese den allgemeinen Qualitätsstandard abbilden. Es muss jedoch Öffnungsklauseln oder Entscheidungskompetenzen an geeigneter Stelle für Ausnahmesituationen geben, um nicht erst wieder eine Verordnungslage abwarten oder herbeiführen zu müssen. Dies gilt für alle Sektoren.

1. Zum Vorschlag flächendeckend fest verbundener Leitstellen

Die Regierungskommission schlägt den Aufbau flächendeckend „integrierter“ Leitstellen vor. Die bekannten Nummern 112 und 116 117 sollen beibehalten werden, laufen entweder in der gleichen Leitstelle ein oder in getrennten Leitstellen, die jedoch durch feste Strukturen miteinander verbunden sind. Es soll zukünftig möglich sein, Anrufende mit bereits aufgenommenen Daten weiterzuleiten. Mit den bekannten Ersteinschätzungsinstrumenten sollen durch qualifizierte Fachkräfte Dringlichkeit und Handlungsbedarf ermittelt werden.

Die Zielsetzung ist richtig, die Nummern 112 und 116 117 besser zu vernetzen. Durch eine bessere Vernetzung können zeitkritische Notfälle besser versorgt und weniger zeitkritische Anrufe ebenso angemessen versorgt werden, ohne die Aufgabenbewältigung insgesamt zu gefährden.

Die Idee nur einer beziehungsweise einer verbundenen Leitstelle mit Rettungsdienst, ärztlichem Bereitschaftsdienst und Katastrophenschutz ist jedoch kritisch zu betrachten. Zu bedenken ist, dass die Schaffung von verbundenen Leitstellen mit Rettungsdienst, ärztlichem Bereitschaftsdienst und Gefahrenabwehr sowie perspektivische einer telenotärztlichen Betreuung in einer Leitstelle einen erheblichen personellen und räumlichen Erweiterungsbedarf auslösen würde. Ein solcher struktureller Umbau wäre erheblich, auch in finanzieller Hinsicht. Zielführender ist es, die Nummern 112 und 116 117 durch technische Strukturen besser miteinander zu verbinden.



Foto: © Ronny Rose – stock.adobe.com

Zuverlässige Erreichbarkeit der 116 117 sicherstellen

Kern einer Reform muss daher sein, dass der Anrufer zeitnah oder mit einer Zeitansage in der KV-Serviceestelle angenommen wird. Nach den Erfahrungen bestehen die Defizite vor allem darin, dass es immer wieder zu Problemen bei der kurzfristigen Erreichbarkeit der 116 117 kommt. Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Bürgerinnen und Bürger auf die 112 ausweichen. Teilweise haben sich in der Bevölkerung bereits Strategien entwickelt, um zu erreichen, dass in der Leitstelle ein Notarzt disponiert wird und sie nicht an den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst weiterverwiesen werden. In vielen Fällen könnte dies durch eine unmittelbare Weitervermittlung an die 116 117 vermieden werden, wenn diese Nummern zuverlässig erreichbar wären. Notwendig sind daher definierte und verbindliche Reaktionszeiten. Wichtig wäre zudem, dass die Durchgängigkeit der erfassten Daten bis hin zu einer Möglichkeit zur automatischen Weiterleitung im Rahmen des jeweiligen elektronischen Dispositionssystems sichergestellt wäre. So könnte ein nicht notwendiger Notarzt Einsatz vermieden werden.

Notwendige technische Ausstattung

Auch für eine rein technisch stärkere Verknüpfung zwischen den Servicezentralen der KVen und den Integrierten Leitstellen sind auf beiden Seiten zusätzliche technische Ressourcen notwendig. Um zeitnah ans Netz gehen zu können, wären folgende Maßnahmen zu gewährleisten:

- Schnittstelle zur Datenübermittlung bereits technisch erfasster Informationen zwischen den Servicezentralen und den Integrierten Leitstellen.
- Nutzung verschiedener Abfragesysteme mit Einschätzungsinstrumenten inklusive deren wissenschaftlichen Evaluation, bevor es zu einer flächendeckenden und einheitlichen Notrufannahme kommt.
- Zusätzliche Notrufannahmen / Notrufmöglichkeiten sollten ebenfalls in Betracht gezogen werden, u. a. Notruf-Apps auf dem Handy, Notrufsysteme für beeinträchtigte Menschen.

Allgemeinmedizinische und kinderärztliche Beratung

Ob die allgemeinmedizinische und kinderärztliche Beratung sinnvollerweise in Integrierten Leitstellen angesiedelt werden soll, ist ebenso eine Frage der hierfür notwendigen räumlichen und personellen Kapazitäten. Sinnvoll kann dies in Großstädten mit entsprechendem Einsatz- und Beratungsaufkommen sein. In ländlichen Räumen dürfte dies nicht wirtschaftlich abbildbar sein. Hier wären zentrale Lösungen in Trägerschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen wohl sinnvoller.

2. Zum Vorschlag des Errichtens einer telemedizinischen Beratung bzw. Videosprechstunde in den Leitstellen

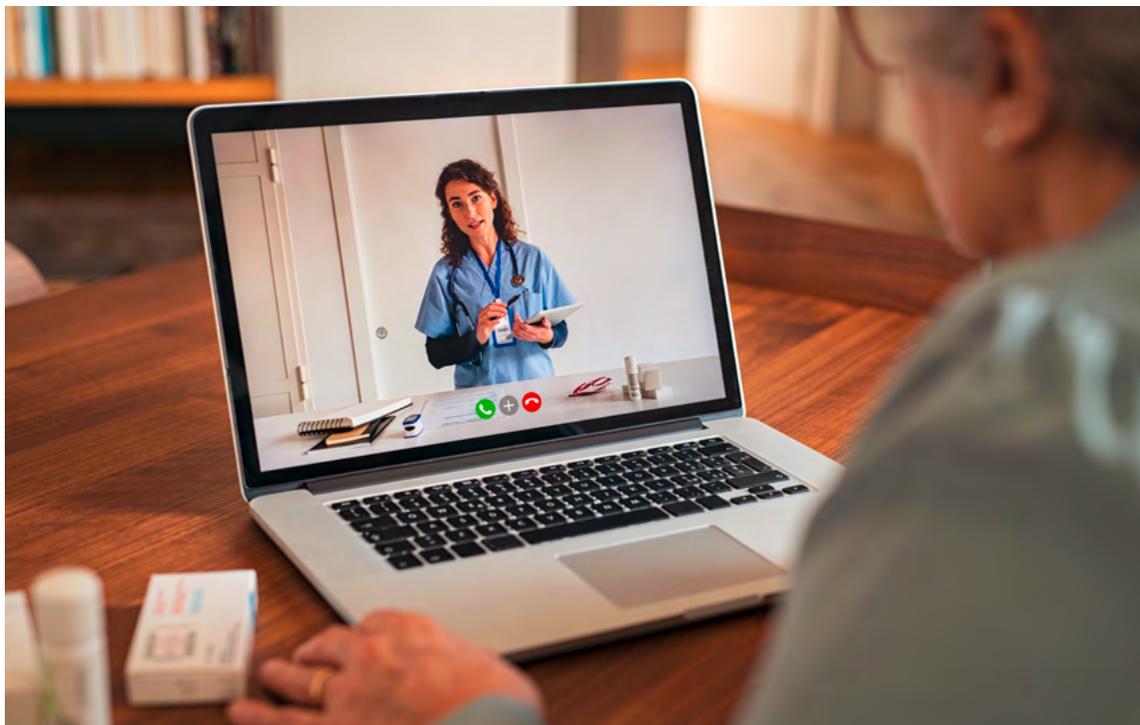


Foto: © Rido – stock.adobe.com

Ein weiterer wesentlicher Kern der Reform ist das Ziel, eine allgemeinmedizinische und kinderärztliche telemedizinische Beratung beziehungsweise eine Videosprechstunde in den Leitstellen zu schaffen. Diese soll rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Die Wartezeit soll zehn Minuten in der Regel nicht überschreiten.

Der Ansatz einer telemedizinischen Beratung in den Leitstellen ist richtig. Die Vorteile einer solchen Anbindung liegen in der sektorenübergreifend zielgerichteten Zuweisung in das richtige Versorgungssystem. Es bedarf allerdings zum einen einer sehr guten IT-Infrastruktur mit höchster Flexibilität, um diesen Dienst erfolgreich umzusetzen. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass eine Erweiterung um die genannten Leistungsaspekte eine Erweiterung von Bestandsgebäuden oder die Errichtung von Ersatzneubauten erfordert.

Das zentrale Problem liegt jedoch in der Verfügbarkeit von Kinderärztinnen/-ärzten. Hier wäre eine Verbindung mit einer KV-Notdienstpraxis notwendig. Somit könnten Synergieeffekte genutzt werden. Beispiel: Der Fahrdienst nutzt die Fahrzeiten zum und weg von Patienten, um für eine Videosprechstunde zur Verfügung zu stehen. Dies bedingt aber, dass es einen Fahrer gibt, der den Arzt fahren kann. Dies könnte studentisch oder ohne weitere Qualifikationen außer der entsprechenden Führerscheinklasse gewährleistet werden.

Ein weiterer Ansatz wäre, flexible überregionale Lösungsmöglichkeiten zu suchen, um der zu erwartenden Inanspruchnahme einer solchen allgemeinmedizinischen und kinderärztlichen telemedizinischen Beratung gerecht zu werden. Denkbar wäre etwa eine Verteilung an Universitätskliniken durch entsprechende Stellenerhöhungen.

Es sollte zudem die Frage diskutiert werden, ob es bei dem Vorhalten eines rund um die Uhr verfügbaren kassenärztlichen telemedizinischen Angebots in Integrierten Leitstellen weiterhin eines mobilen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes bedarf oder ob diese Aufgabe besser durch eine andere nichtärztliche Stelle mit telemedizinischer Unterstützung übernommen werden kann. Dieser zusätzliche Baustein, der die nichtdringliche Versorgung mit telemedizinischer Unterstützung bedient, könnte die Lücke zwischen Notfallrettung und Krankentransport/KV-Dienst schließen. Angebote wie zum Beispiel ein ambulanter Pflegedienst mit telemedizinischer Anbindung sind denkbar. Diese Umsetzung scheint das Potenzial zu besitzen, sowohl den Hausarzt, die Krankenhäuser als auch den Rettungsdienst nachhaltig zu entlasten.

3. Zum Vorschlag des Aufbaus Integrierter Notfallzentren in Krankenhäusern

In den Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2; circa 260 Krankenhäuser) und Krankenhäusern der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3, circa 160 Krankenhäuser) sollen Integrierte Notfallzentren aufgebaut werden. Diese Zentren bestehen aus der Notaufnahme des Krankenhauses, KV-Notdienstpraxis 24/7 im oder direkt am Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle (gemeinsamer Tresen). Über die Leitung dieser integrierten Notfallzentren sollen die zuständige KV und das Krankenhaus eine Einigung herbeiführen.

Die Nutzung eines gemeinsamen Tresens ist sinnvoll und hat sich bereits an vielen Krankenhäusern seit einigen Jahren bewährt. Dieser muss von einer qualifizierten Pflegekraft besetzt sein, damit eine adäquate Beurteilung und Zuordnung des Patienten möglich sind. Eine Ausweitung der Zeiten wäre wünschenswert.

Die räumliche Nähe und bedarfsgerecht geöffnete KV-Notarztpraxis sind dabei notwendige Voraussetzungen zur angemessenen Patientenversorgung. Insbesondere in der Region ist darauf zu achten, dass die Notfallversorgung auch dort sichergestellt ist, wo keine Klinik vorhanden ist. Hier können sich unter Umständen erhebliche Fahrtzeiten ergeben. Zu berücksichtigen ist, dass sich diese Strukturen ergänzen müssen und keine Parallelstrukturen erwachsen dürfen.

Im Vorfeld zu klären ist, wer letztendlich entscheidet, wenn sich KV und Krankenhaus nicht über die Leitung des Tresens einigen können. Aus Sicht des Deutschen Städtetages sollte das Krankenhaus die Leitung des Tresens innehaben.

Zudem wäre eine strukturierte Vorgehensweise anhand von standardisierten Abfragemasken bzw. Vitalparametern und Einschätzungstools notwendig. Ebenso zu klären ist die Finanzierungsfrage bei den notwendigen baulichen Veränderungen in den Krankenhäusern.

4. Zum Vorschlag Qualitätsmindeststandards für die technische und personelle Ausstattung und Qualifikation des Personals zu entwickeln

Die Regierungskommission schlägt vor, für die KV-Notdienstpraxen und die Notaufnahmen einen verbindlichen Schlüssel als Mindest-Personalausstattung für Pflegeberufe vorzusehen.

Eine verbindliche Einführung eines Personalschlüssels für die Notaufnahmen muss sorgfältig diskutiert werden. Wichtig ist, dass in den KV-Notdienstpraxen sichergestellt wird, dass dort ein geeigneter Arzt mit fachlicher Zusatzqualifikation beziehungsweise Zusatzqualifikation Notfallmedizin Dienst hat. Andernfalls würde der Patientenfluss von der KV-Praxis in Richtung Notaufnahme wieder erheblich steigen. Der im Kern gute Ansatz würde ad absurdum geführt. Bisherige Erfahrungen mit KV-Notdiensten zeigen leider deutlich, dass die aktuell vorhandene Qualifikation lediglich die Approbation umfasst. Häufig sind lediglich Berufsanfänger tätig. Die Last verbleibt in der Realität dann häufig in den Strukturen des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen. Dennoch sehen wir Sanktionen bei einer unzureichenden Besetzung der Praxen oder Nichterfüllung der Vorgaben der Notaufnahmen kritisch.

Die technische Ausstattung sollte sich für die KV-Praxis an folgenden Fähigkeiten orientieren:

- Orientierende Ersteinschätzung mittels Erfassung der Basisvitalparametern (Sauerstoffsättigung, Blutdruck, Temperatur, Herzfrequenz, Atemfrequenz) bei allen Patienten/Patientinnen, die sich in einer der Einrichtungen vorstellen. Gleichzeitig Erfassung der subjektiven Werte für: Schmerzen, Atemnot, Einschätzung der aufnehmenden Person. Solche Scoring-Systeme stehen bereits mittels Manchester-Triage oder ähnliches zur Verfügung und sind weltweit evaluiert.
- In der KV-Notdienstpraxis muss eine Ausstattung zur notfallmedizinischen Stabilisierung inklusive Herz-Lungen-Wiederbelebung, EKG, Beatmungsmöglichkeit, Defibrillation/Kardioversion, Notfallmedikamente/Infusionen vorhanden sein.
- Basisdiagnostische Fähigkeiten mittels Point-of-care Labortests (Herzinfarkt: Troponin-Test), Harnwegsinfekt, Atemwegsinfekt, Blutgasanalyse, Blutzucker, D-Dimere) sowie Ultraschalloption mittels eines Mittelklasse-Ultraschallgerätes.

Unabhängig davon ist es unabdingbar, dass die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ausgeweitet wird. Denn durch die hier stattfindende Terminproblematik werden viele Patienten in die Krankenhäuser und Notaufnahmen getrieben. Es ist zudem dringend eine bundesweite Aufklärungskampagne notwendig, um alle Bürgerinnen und Bürger für die Strukturen des Systems zu informieren und sensibilisieren.

5. Zum Vorschlag rettungsdienstliche Leistungen als eigenes Leistungssegment im SGB V zu verankern

Die Regierungskommission hat Anfang September eine neue Empfehlung zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“² veröffentlicht. Im Fokus steht die im Koalitionsvertrag angekündigte Implementierung des Anspruchs auf rettungsdienstliche Leistungen als eigenes Leistungssegment im SGB V.

Die von der Regierungskommission vorgeschlagene Finanzierung des Rettungsdienstes im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) wird sehr kritisch gesehen. Die daraus folgende Budgetfinanzierung würde die Städte als Träger des Rettungsdienstes, die aktuell in vielen Bundesländern von der Flexibilität der Gebührenfinanzierung profitieren, sehr einschränken.

Der Katastrophenschutz deckt eines der grundlegendsten Schutzversprechen des Staates gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern ab und soll die Bevölkerung von natur- oder menschengemachtem Unheil schützen. Der Rettungsdienst ist Teil dieses behördlichen Selbstverständnisses. Als Teil der allgemeinen Gefahrenabwehr ist er mit der Logik von festen Budgets nicht vereinbar. Unvorhergesehene Ereignisse, vor allem Großschadenslagen und Katastrophen, lassen sich kaum finanziell planbar abbilden und seriös budgetieren. Die bestehende Flexibilität in der Gebührenfinanzierung muss beibehalten werden.

² Neunte Empfehlung – Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. www.bundesgesundheitsministerium.de (letzter Abruf 03.11.2023)

6. Beschluss des Hauptausschusses des Deutschen Städtetages zum vorliegenden Diskussionspapier

1. Rettungsdienste und Notaufnahmen kommunaler Krankenhäuser sind seit Jahren teils über die Belastungsgrenze ausgelastet. Der Hauptausschuss unterstreicht, dass in allen Sektoren der Notfallversorgung – Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhäuser und Rettungsdienst – ein dringender Reformbedarf besteht. Die Vorschläge der Regierungskommission sind dabei ein erster Schritt. Das Zusammenspiel zwischen Notfallrettung und ambulantem ärztlichen Bereitschaftsdienst als Kern der Reform wird allerdings noch nicht im Sinne der Städte gelöst.
2. Den vorgelegten Vorschlag einer verbundenen Leitstelle mit Rettungsdienst, ärztlichem Bereitschaftsdienst und Katastrophenschutz lehnt der Hauptausschuss ab. Zielführender ist es, den Notruf 112 und den ambulanten Notruf 116 117 durch technische Strukturen besser miteinander zu verbinden. Auch müssen die Möglichkeiten des Telenotarztes und der Telemedizin perspektivisch viel stärker in den Blick genommen werden.
3. Um die Notfallrettung weiterhin leistungsfähig zu halten, muss vor allem der ambulante ärztliche Bereitschaftsdienst seiner Rolle besser gerecht werden. Der ambulante Notruf 116 117 muss für die Bürgerinnen und Bürger verlässlich erreichbar sein. So sollten definierte Reaktionszeiten wie bei der 112 festgelegt werden. Zudem müssen ambulante Zentren auch am Wochenende und in Randzeiten für die Bürgerinnen und Bürger zugänglich sein. Dringend geboten ist der Ausbau von zeitnahen Hausbesuchen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Notfallrettung und die kommunalen Krankenhäuser können die Defizite des ambulanten Gesundheitssystems nicht länger auffangen.
4. Für die Schnittstelle zum Krankenhaus befürwortet der Hauptausschuss die Ansätze des Reformvorschlags. Integrierte Notfallzentren und eine zentrale Ersteinschätzungsstelle als gemeinsamer Tresen im Krankenhaus haben sich in der Praxis als sinnvolle Strukturen bereits bewährt. Die räumliche Nähe und bedarfsgerecht geöffnete KV-Notarztpraxis sind dabei notwendige Voraussetzungen zur angemessenen Patientenversorgung.
5. Das Vorhaben, den Rettungsdienst als eigenständiges Leistungssegment im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) aufzunehmen, lehnt der Hauptausschuss ab. Der Rettungsdienst ist Teil der allgemeinen Gefahrenabwehr und mit der Logik von festen Budgets nicht vereinbar. Unvorhergesehene Ereignisse, vor allem Großschadenslagen und Katastrophen, lassen sich kaum finanziell planbar abbilden und budgetieren.
6. Der Hauptausschuss nimmt das Diskussionspapier zur Reform der Notfallversorgung zur Kenntnis.

Herausgeber

© Deutscher Städtetag Berlin und Köln, November 2023

Autorin:

Alice Balbo

Das Diskussionspapier wurde in Abstimmung mit dem Ausschuss für Katastrophenschutz, Brandschutz und Rettungswesen und dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Städtetages erstellt.

Kontakt in der Hauptgeschäftsstelle

Beigeordnete Dr. Christine Wilcken

Beigeordneter Stefan Hahn

Referentin Alice Balbo, E-Mail: alice.balbo@staedtetag.de

ISBN 978-3-88082-382-2

Titelbild: © Gorodenkoff – stock.adobe.com

Hauptgeschäftsstelle Berlin

Hausvogteiplatz 1

10117 Berlin

Telefon: 030 37711-0

Hauptgeschäftsstelle Köln

Gereonstraße 18 - 32

50670 Köln

Telefon 0221 3771-0

E-Mail: post@staedtetag.de

Internet: www.staedtetag.de

Twitter: www.twitter.com/staedtetag