

Die Notfallreform braucht bundeseinheitliche Struktur- und Qualitätsanforderungen

MCC-Fachkonferenz: Zentrale Notaufnahme im Fokus
Köln, 11.06.2024 (Onlinevortrag)

Kerstin Bockhorst
Referatsleiterin Versorgungsstrukturen
GKV-Spitzenverband



Was erwartet Sie?

- ▶ Wie ist die Sicht der Versicherten auf die aktuelle Notfallversorgung?
- ▶ Welche Rahmenbedingungen braucht es für eine erfolgreiche Patientensteuerung?
- ▶ Wie gut adressiert das NotfallGesetz die notwendigen Bausteine für eine erfolgreiche Patientensteuerung?

Repräsentative Versichertenbefragung

zur Wahrnehmung der gesundheitlichen Versorgung durch Versicherte



- ▶ Zielpersonen: Probanden in Deutschland im Alter von 18 – 80 Jahren, deutschsprachige Wohnbevölkerung
- ▶ Die Stichprobe ist repräsentativ für die Grundgesamtheit nach folgenden Kriterien: Alter, Geschlecht, siedlungsstruktureller Regionstyp, Bundesland, Bildungsstand, Haushaltsnettoeinkommen und Versicherungsstatus.
- ▶ Methodik: Online-Interviews
- ▶ Rekrutierung: Freie Rekrutierung und Einladungsversand via Online Access Panel
- ▶ Befragungszeitraum: März bis April 2024
- ▶ Stichprobengröße: $N = 4.000$

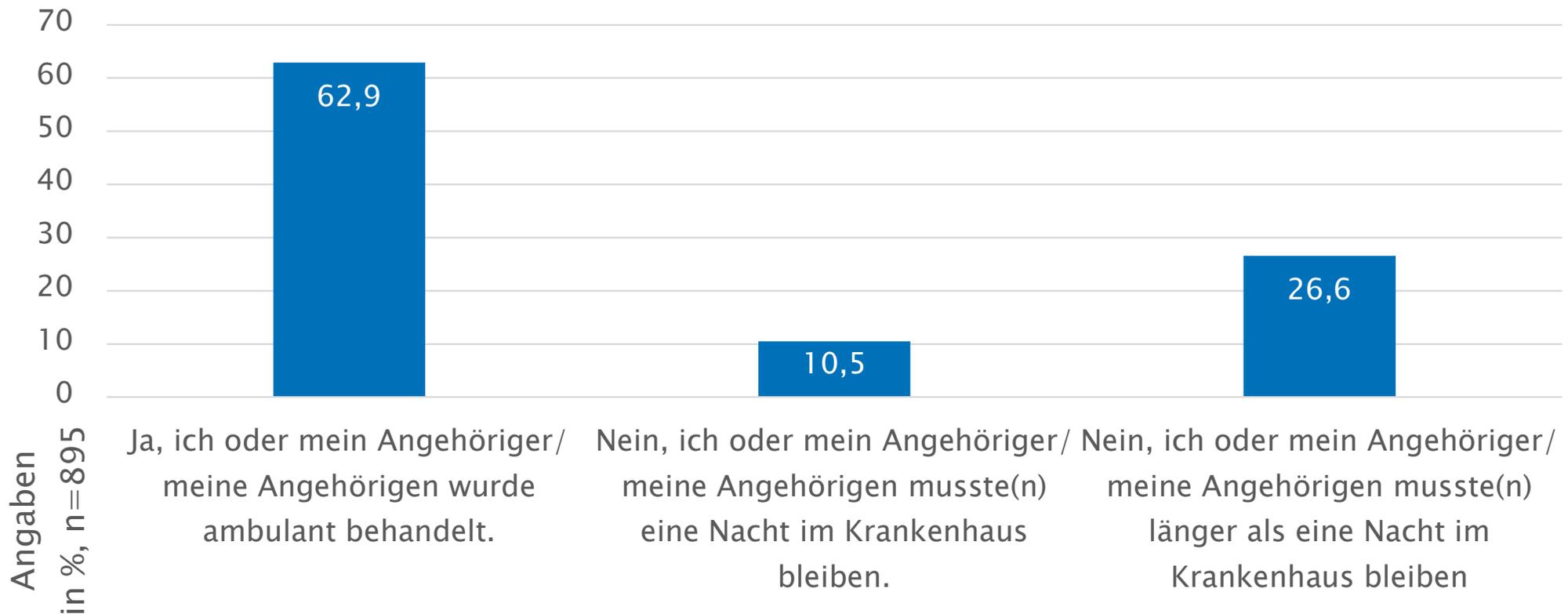
Inanspruchnahme von Notaufnahmen

Vorabergebnisse aus einer Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbands



Spitzenverband

Denken Sie bitte an den letzten Besuch der Notaufnahme des Krankenhauses. Konnten Sie oder Ihr Angehöriger/Ihre Angehörigen ambulant in der Notaufnahme behandelt werden?

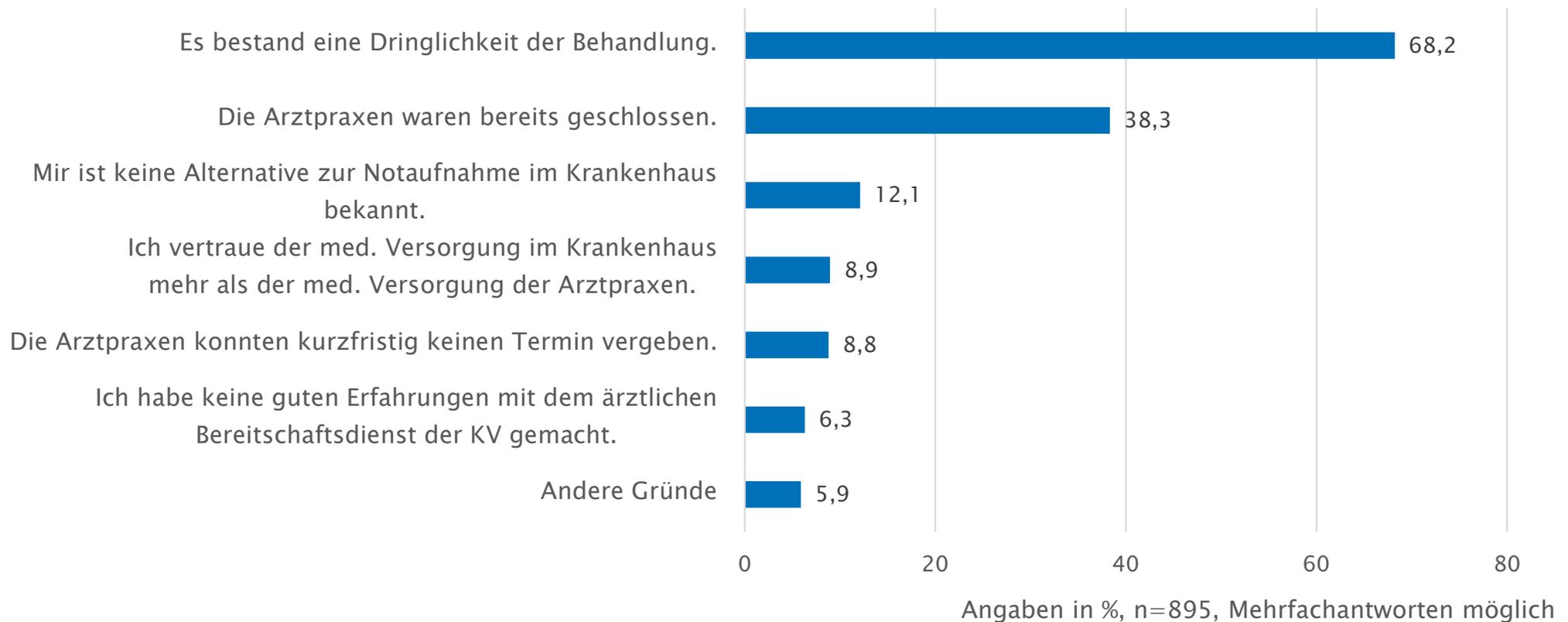


Inanspruchnahme von Notaufnahmen

Vorabergebnisse aus einer Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbands



Aus welchen Gründen haben Sie die Notaufnahme des Krankenhauses aufgesucht?

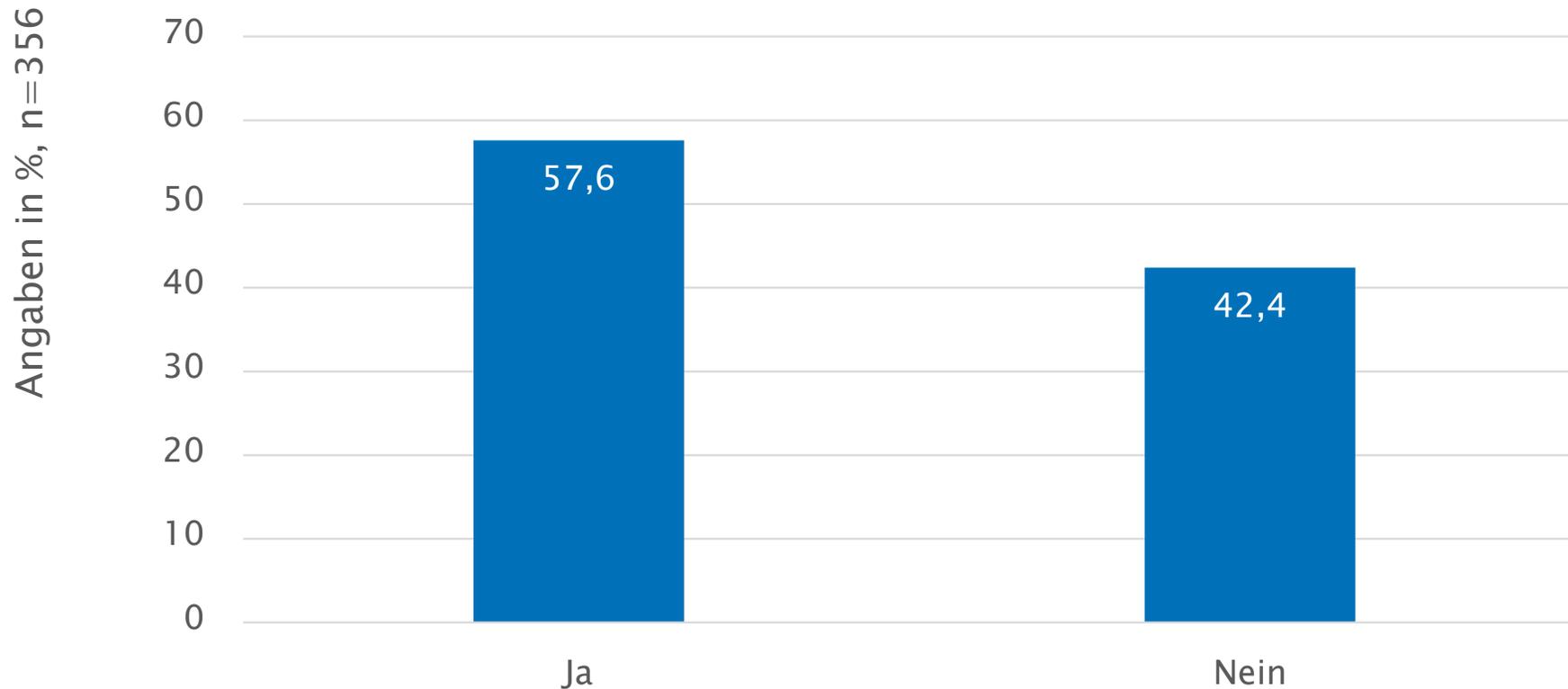


Inanspruchnahme von Notaufnahmen

Vorabergebnisse aus einer Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbands



Wenn Sie über die Terminservicestelle innerhalb von 48 Stunden einen Termin bekommen hätten, hätten Sie dieses Angebot wahrgenommen?



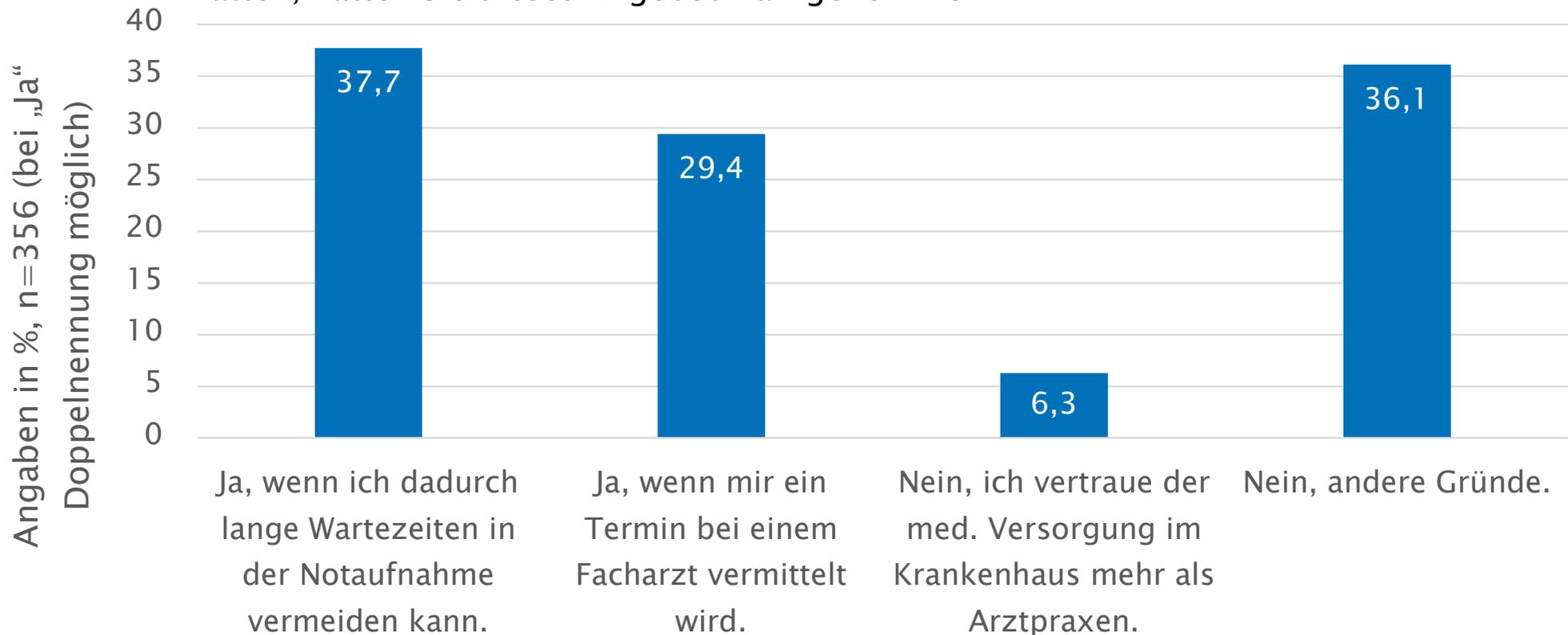
Inanspruchnahme von Notaufnahmen

Vorabergebnisse aus einer Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbands

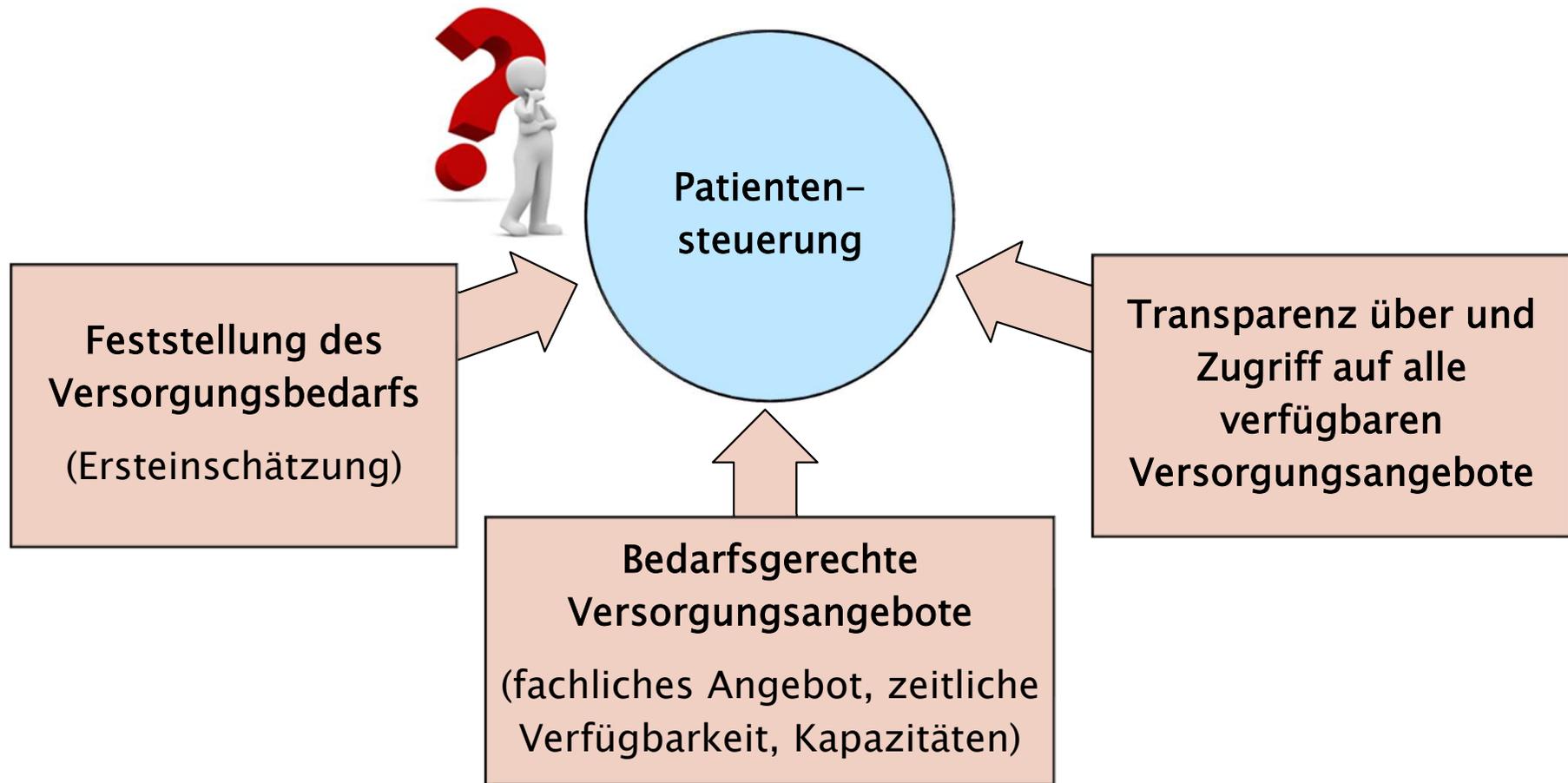


Spitzenverband

Wenn Sie über die Terminservicestelle innerhalb von 48 Stunden einen Termin bekommen hätten, hätten Sie dieses Angebot wahrgenommen?



Was braucht es für eine erfolgreiche Patientensteuerung?



Gesetzesentwurf zur Notfallreform vom 03.06.2024

Erste von zwei Gesetzesinitiativen zur Reform der Notfallversorgung



► Ziele des Notfallgesetzes (NotfallG) :

1. Patientensteuerung verbessern
2. Stärkung der notdienstlichen Akutversorgung der KVen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages
3. Integrierten Notfallzentren (INZ) flächendeckend aufbauen

► Die Reform des Rettungsdienstes steht noch aus

Stärkung der Terminservicestellen (TSS)

Aus dem Entwurf eines Notfallgesetzes



Stärkung der Patientensteuerung durch Einrichtung von Akuteinstellen

- ▶ klar definierte Erreichbarkeitsvorgaben,
- ▶ telefonische- und videogestützte ärztliche Versorgungsangebote,
- ▶ Vermittlung von Facharztterminen im Akutfall ohne Überweisung,
- ▶ vorrangige Vermittlung in die vertragsärztliche Versorgung,
- ▶ ...
- ▶ Einrichtung von „Gesundheitsleisystemen“: Die KVen werden verpflichtet, Kooperationen mit den Rettungsleitstellen einzugehen, **sofern der Träger einer Rettungsleitstelle eine Kooperation anstrebt.**



These 1: Patientensteuerung in der Leitstelle

- ▶ Für eine effektive Patientensteuerung wird es nicht ausreichen, nur die Terminservicestellen (TSS) zu stärken...
- ▶ ...es braucht bundesweite Regelungen für eine **verpflichtende länderübergreifende Kooperationen im Bereich des Rettungsdienstes...**
- ▶ ...digital und organisatorisch.



Patientensteuerung durch Gesundheitsleisysteme (GLS)

Erste Eindrücke zum Notfallgesetz



Spitzenverband

- ▶ Der Ausbau der Terminservicestellen (TSS) ist zu begrüßen, ist aber nur ein Baustein zur Entlastung der Notaufnahmen.
- ▶ Auch für die Rettungsdienste muss es Kooperationsverpflichtungen geben zur
 - digitalen und organisatorischen Vernetzung der Rettungsleitstellen untereinander und
 - mit der 116 117.
- ▶ Individuelle Kooperationsvereinbarungen zur Ersteinschätzung, zur technischen Vernetzung, zum Qualitätsmanagement etc. sind kritisch zu bewerten. Es braucht bundeseinheitliche Rahmenvorgaben!



Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich im SGB V

Bundeseinheitliche Struktur- und Qualitätsanforderungen

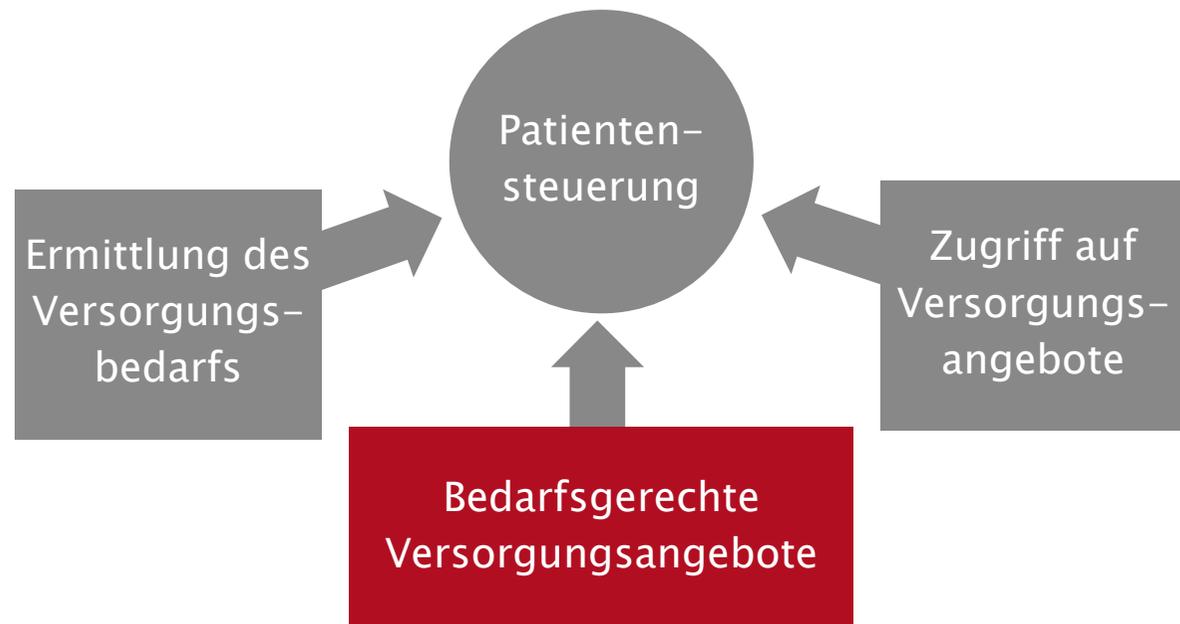
Differenzierung der Leistungen



- ▶ Vereinbarung leistungsspezifischer Entgelte, z.B.:
 - „Die Leitstellengebühr ist nur abrechenbar, wenn das eingesetzte Leitstellensystem über die vorgegebene Schnittstelle mit allen anderen Leitstellen kommunizieren kann.“
- ▶ Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

These 2: Einrichtung bedarfsgerechter Versorgungsangebote – INZ–Standorte

- ▶ Die Standortauswahl und Verfügbarkeit von Integrierten Notfallzentren (INZ) muss sich am **Versorgungsbedarf der Bevölkerung** orientieren...
- ▶ ...dabei reicht allein die **Notfallstufe** nicht als Auswahlkriterium aus.



Aufbau von Integrierten Notfallzentren (INZ)

Aus dem Entwurf eines Notfallgesetzes



Spitzenverband

▶ Flächendeckende Versorgung:

- INZ werden flächendeckend an Krankenhäusern eingeführt; für Kinder und Jugendliche (KINZ) soweit kapazitätsbedingt möglich.

▶ INZ-Standortauswahl:

- Standorte werden in einem Landesgremium innerhalb von sechs Monaten unter Berücksichtigung von gesetzlich vorgegebenen Priorisierungskriterien festgelegt.

▶ Ausstattung von KV-Notdienstpraxen und Prozesse:

- Kriterien für die Ausstattung sowie für ein Ersteinschätzungsinstrument im INZ werden durch den G-BA definiert.
- Fallabschließende Behandlung: INZ dürfen in begrenztem Maße Arzneimittel verordnen und AU-Bescheinigungen ausstellen.
- Öffnungszeiten werden per Gesetz bundeseinheitlich definiert, Ausnahmen für kürzere Öffnungszeiten sind krankenhausesindividuell vereinbar.



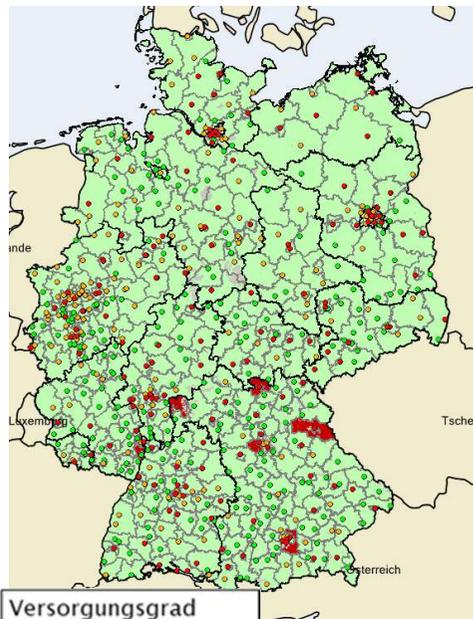
Standortverteilung von KV-Notdienstpraxen

Modell des GKV-Spitzenverbandes vs. Modell der Regierungskommission

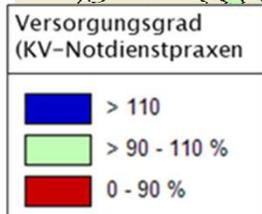


Spitzenverband

GKV-Modell mit Bevölkerungsbezug und Notfallstufen



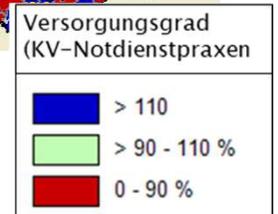
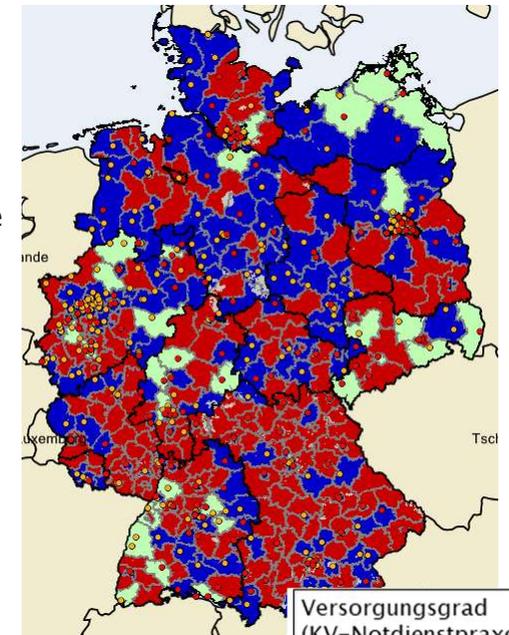
- ▶ ca. 730 INZ Standorte
- ▶ Auswahlkriterien:
 - Notfallstufe, Fallzahl, Erreichbarkeit, Sicherstellungshäuser, existierende Notdienstpraxen
- ▶ Ausgleich von Über- und Unterversorgung
- ▶ bessere Erreichbarkeit
- ▶ Anzahl der Einwohner, die länger als 30 Minuten fahren müssten: **rund 5 Mio.**



umfassende Stufe erweiterte Stufe Basisstufe

Modell der Regierungskommission

- ▶ ca. 450 INZ Standorte
- ▶ Auswahlkriterien:
 - Alle Standorte mit erweiterter und umfassender Notfallstufe
 - Wo regional erforderlich: Sicherstellungshäuser
- ▶ erhebliche Über- und Unterversorgung
- ▶ Konzentration in Ballungsräumen
- ▶ Anzahl der Einwohner, die länger als 30 Minuten fahren müssten: **rund 12 Mio.**



Standortfestlegung von INZ auf Landesebene

Aus dem Entwurf eines Notfallgesetzes



Spitzenverband

1. Festlegung von **Planungsregion** durch erweiterten Landesausschuss (eLA)
2. Identifizierung von **geeigneten Standorten**
 1. Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für 95 % der Bevölkerung,
 2. Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
 3. Erreichbarkeit mit ÖPNV und
 4. Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder MVZ in Krankenhausnähe.
3. Sofern mehrere Standorte für INZ geeignet sind, **Priorisierung von Standorten**
 1. mit höherer Notfallstufe oder leistungsfähigere Notaufnahme (insb. Fallzahlen),
 2. mit notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen (Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin und Neurologie),
 3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.



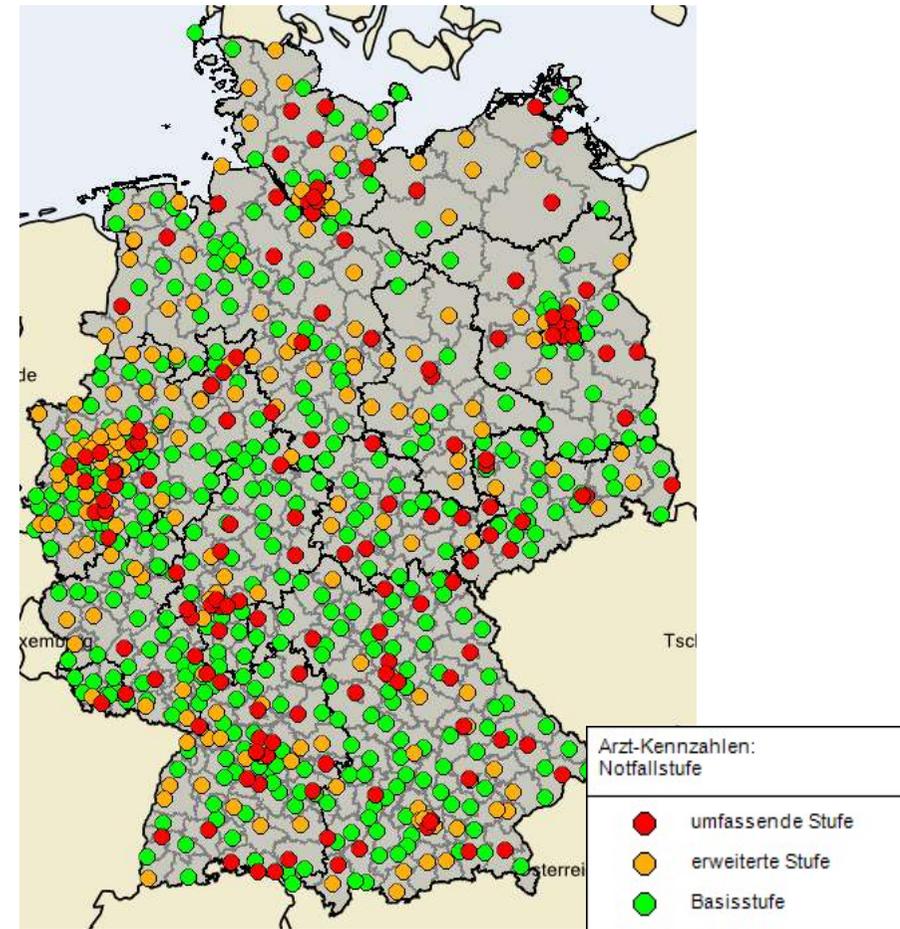
Aufbau von Integrierten Notfallzentren (INZ)

Erste Eindrücke zum NotfallGesetz



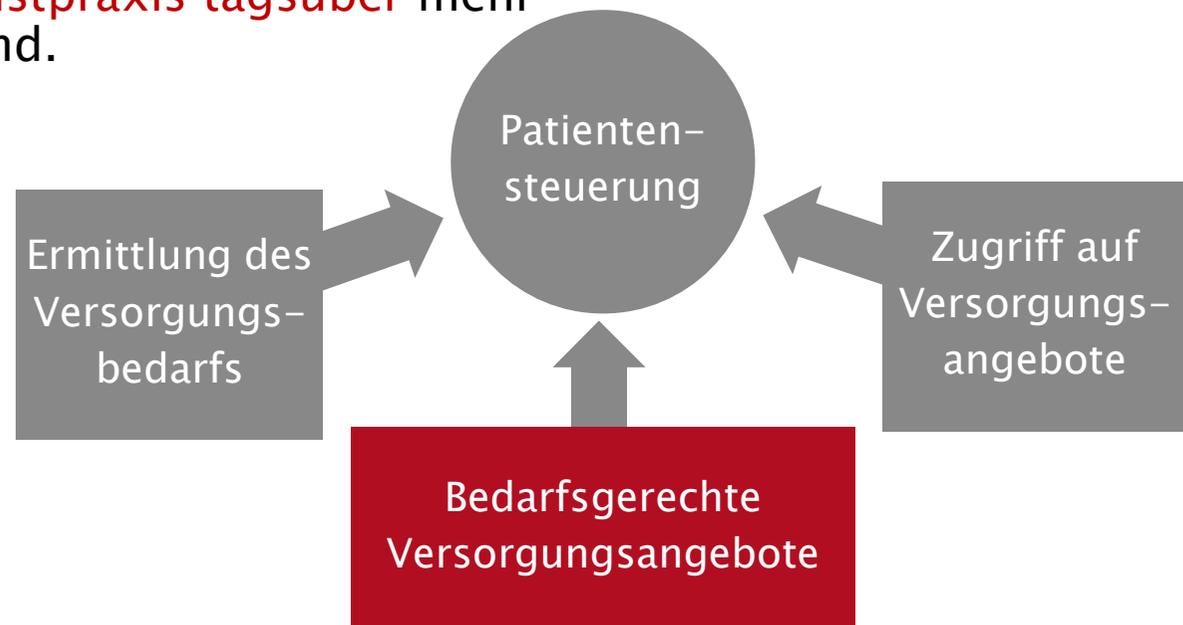
Spitzenverband

- ▶ **Bedarfsgerechte Standortplanung erforderlich**
 - Gesetzlich festgelegte Kriterien müssen nur „berücksichtigt“ werden und sind nicht hinreichend konkret formuliert.
 - Die Kriterien sollten bundeseinheitlich im G-BA festgelegt werden.
- ▶ **Öffnungszeiten von KV-Notdienstpraxen am Patientenaufkommen ausrichten**
 - Die gesetzlich festgelegten Öffnungszeiten sind nicht am Versorgungsbedarf orientiert.
 - Bilateral zwischen KV und KH vereinbarte Kürzungen der Öffnungszeiten sind abzulehnen.
 - Bei hohem Patientenaufkommen sollten KV-Notdienstpraxen auch zu Sprechstundenzeiten geöffnet sein.



These 3: Einrichtung bedarfsgerechter Versorgungsangebote – Öffnungszeiten

- ▶ Es wird zukünftig an ausgewählten Krankenhäusern „hauptamtlich“ betriebene **KV-Notdienstpraxen** brauchen...
- ▶ ...denn an einzelnen Standorten mit einem sehr hohen Notfallaufkommen kann eine **Besetzung der KV-Notdienstpraxis tagsüber** mehr Entlastung bringen als am Abend.



Öffnungszeiten von KV-Notdienstpraxen

Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes

- ▶ **Wie kann eine vertragsärztliche Versorgung zu Sprechstundenzeiten an INZ-Standorten mit sehr hohem ambulanten Notfallaufkommen gelingen?**
 - Vergabe von regulären vertragsärztlichen Zulassungen (MVZ) mit prioritärer Behandlung von Notfällen oder
 - spezielle, zeitlich und inhaltlich definierte Zulassungen für die Notfallversorgung in KV-Notdienstpraxen.

- ▶ **Stehen genug Personalressourcen zur Verfügung?**
 - Die Kapazitäten werden im GKV-Modell auf Basis von Abrechnungsdaten ermittelt -> die Versorgung findet heute schon statt.
 - Das Personal muss an der richtigen Stelle eingesetzt werden.



Vergütung komplexer ambulanter Not(fälle)

Am Beispiel Ambulantes Operieren (AOP)



Spitzenverband

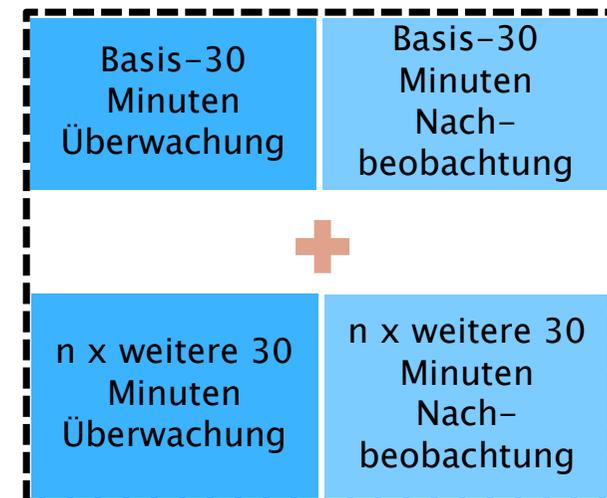
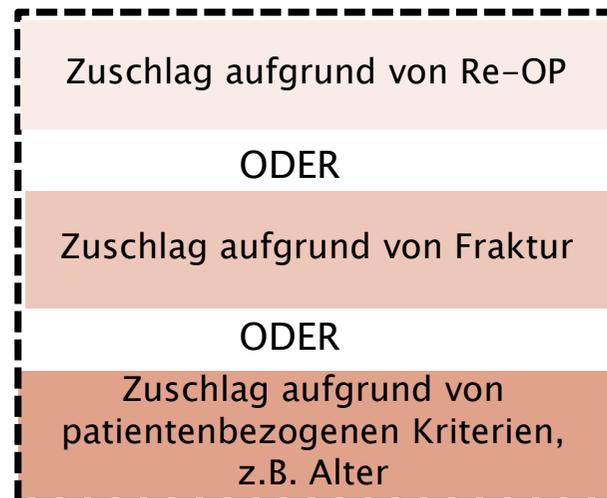
Eingriff/OP

Schweregradzuschlag

Nachbeobachtung/
Überwachung bis zu 16 Std.

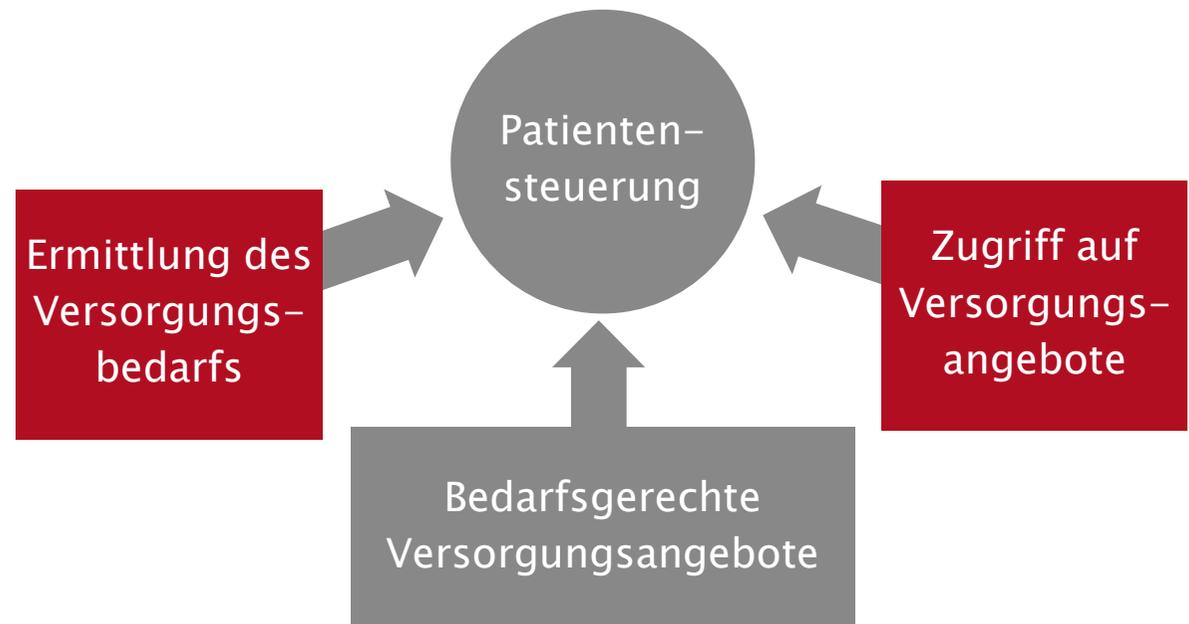
- Re-Operation
- (Notfall-)Strukturen
- Patientenbezogene Kriterien

- Alter
- Definierte Vorerkrankungen
- Operationszeit (> 1,5h)



These 4: Ersteinschätzung im INZ und Weiterleitung

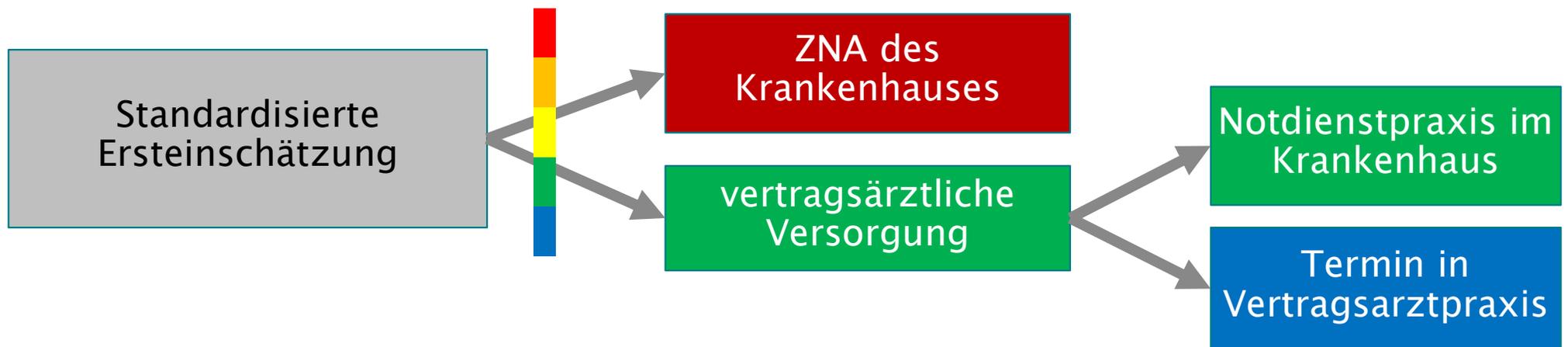
- ▶ Es braucht auch im INZ eine **standardisierte Ersteinschätzung...**
- ▶ ...die bei Feststellung eines nicht dringlichen Behandlungsbedarfs zu einer **Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung** führen kann.



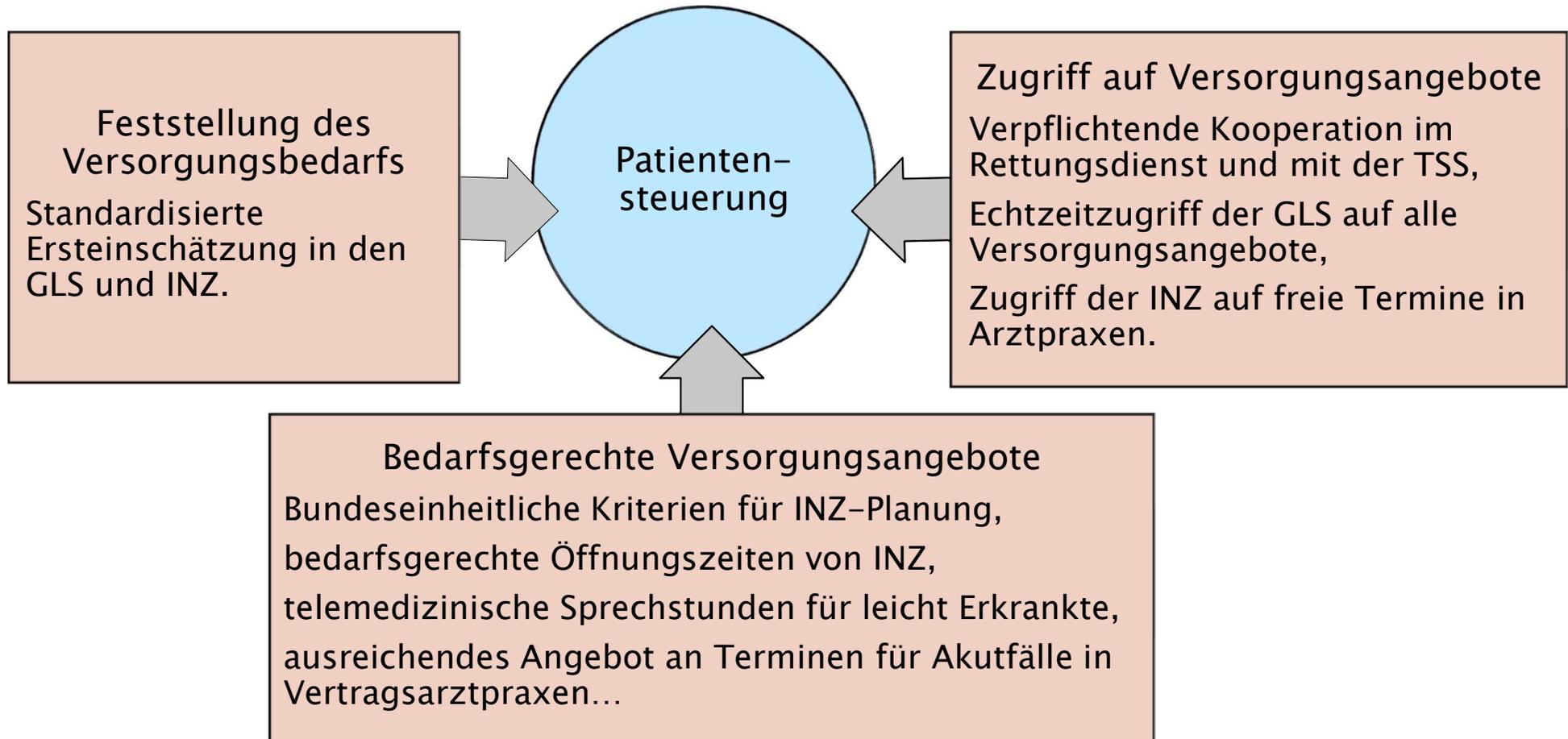
Ersteinschätzung und Weiterleitung

Weiterleitung von nicht dringend Behandlungsbedürftigen

- ▶ Eine **verbindliche digitale Terminbuchung** für eine Vertragsarztpraxis ist ein Mehrwert für Hilfesuchende.
 - digitale Fallübergabe an Kooperationspraxen im Umfeld des Krankenhauses
 - Terminbuchung zur Weiterbehandlung nach INZ-Inanspruchnahme
- ▶ Voraussetzung: **ausreichende Sprechstunden für akute Behandlungsbedarfe** in Vertragsarztpraxen.

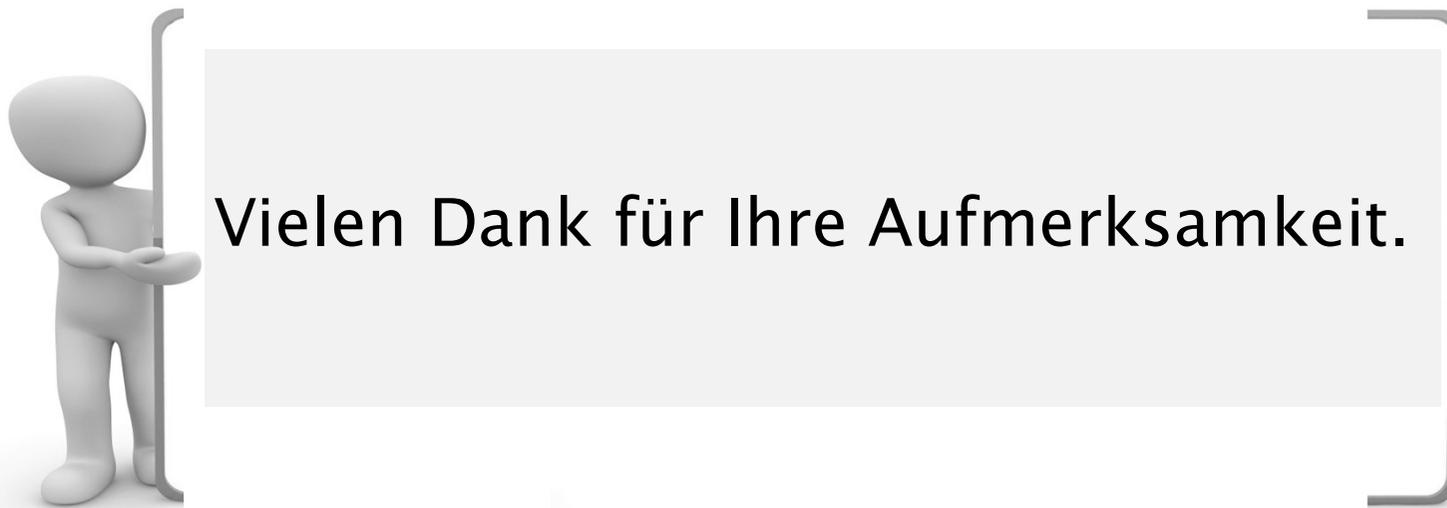


Fazit: Was braucht es für eine erfolgreiche Patientensteuerung?





Spitzenverband



Bildquellen:

- Pixabay
- Trinovis
- GKV–Spitzenverband
- KBV: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_116117_ServiceCard2021.PDF

