

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2023

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Eckhard Starke, Dominik von Stillfried

Akut- und Notfallversorgung – Quo vadis? Eine neue Reformroute muss die Rahmenbedingungen dauerhaft knapper Personalressourcen berücksichtigen
Seite 114–136

doi: 10.30433/GWA2023-114

Eckhard Starke, Dominik von Stillfried

Akut- und Notfallversorgung – Quo vadis? Eine neue Reformroute muss die Rahmenbedingungen dauerhaft knapper Personalressourcen berücksichtigen

Der Beitrag setzt sich kritisch mit den Empfehlungen der vierten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auseinander. Einleitend wird überprüft, ob die bisher aus der Datenlage abgeleiteten Schlussfolgerungen noch zutreffen. Dabei wird die These aufgestellt, dass eine Notfallreform nicht (mehr) primär Antworten auf das Problem einer steigenden Fallzahl an fehlgeleiteten Inanspruchnahmen der Notfallversorgung geben muss, sondern auf das Problem absehbarer Personalengpässe in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung, einschließlich der Grund- und Notfallversorgung. Der Beitrag beleuchtet, welche Empfehlungen der Regierungskommission geeignet sind, mit drohenden Personalengpässen umzugehen. Unter Verweis auf eine Vielzahl laufender Projekte zur verbesserten Kooperation zwischen den an der Akut- und Notfallversorgung Beteiligten werden Empfehlungen formuliert, mit der Notfallreform möglichst keine neuen ressourcenintensiven Parallelangebote zu schaffen, sondern Maßnahmen einer verbesserten Patientensteuerung zu stärken, die auf ressourcenschonender Kooperation zwischen Einrichtungen der Akut- und der Notfallversorgung beruhen.

Hintergrund

Für die zweite Hälfte des Jahres 2023 sehen die Arbeitsschwerpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der SPD-Fraktion die Vorlage und Beratung eines Konzepts zur Krankenhausreform vor. In diesem Zusammenhang soll auch die im Koalitionsvertrag vereinbarte Reform der Notfallversorgung geregelt werden.

Der Koalitionsvertrag greift dabei zentrale Elemente eines Reformkonzepts wieder auf, das unter Karl Lauterbachs Vorgänger Jens Spahn basierend auf Vorschlägen des Sachverständigenrats Gesundheit in den Jahren von 2018 bis 2020 von Eckpunkten bis zu einem Referentenentwurf vorangetrieben, aber dann nicht fortgeführt wurde. Es muss an dieser Stelle offenbleiben, ob zu diesem Zeitpunkt, nach der Verbändeanhörung im Februar 2020, bereits Zweifel am ursprünglich geplanten Vorhaben überwogen oder ob einfach die

Pandemie dazwischenkam. Vor diesem Hintergrund ist die Frage zu stellen, ob im Jahr 2023, nach der Pandemie, nicht andere Rahmenbedingungen für eine Reform vorliegen als im Jahr 2018, in dem sich die Reformvorschläge auf die Datenlage bis 2016 bezogen.

Bis dahin ging der Reformdruck in der Notfallversorgung im Wesentlichen von drei Annahmen aus:

- 1) Die Inanspruchnahme der Einrichtungen der Notfallversorgung (Rettungsdienst und Notaufnahmen) steigt unablässig.
- 2) Ein zunehmender Anteil dieser Inanspruchnahme ist fehlgeleitet. Hierbei handelt es sich um subjektiv dringliche Behandlungsanliegen, die nach medizinischen Kriterien aber nicht in die Zuständigkeit der Notfallversorgung fallen, sondern im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst oder in der Regelversorgung zu versorgen sind oder einer pflegerischen bzw. sozialen Hilfeleistung bedürfen.
- 3) Der überwiegende Teil dieser fehlgeleiteten Inanspruchnahme stammt aus der sogenannten Selbsteinweisung, also von Patienten, die sich ohne ärztliche Einweisung direkt an die Notaufnahme wenden. Sie betrifft aber teils auch vom Rettungsdienst eingelieferte Patienten, wenn die Auslösung eines Rettungsmittels erfolgte, obwohl keine lebensbedrohliche gesundheitliche Beeinträchtigung vorlag.

Zu These 1: Insbesondere die erste These trifft nicht mehr zu, wenn man die Zeitreihe verfügbarer Daten über das Jahr 2016 hinaus analysiert. Wie Tabelle 1 zeigt, nahm die Inanspruchnahme der Notaufnahmen als Summe der ambulanten Notfälle und der ungeplanten Aufnahmen bis 2016 zu und stagnierte danach. Der auffälligste Anstieg war nach der Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 zu beobachten. Ab dem Jahr 2016 waren insbesondere die ambulanten Notfälle in den Notaufnahmen rückläufig. Mit Beginn der Pandemie im Jahr 2020 zeichnet sich ein deutlicher Einbruch der Inanspruchnahme der Notfallversorgung ab, sowohl in den Notaufnahmen als auch im ärztlichen Bereitschaftsdienst, der sich auch in den Jahren 2021 und 2022 fortsetzt (von Stillfried 2023; Klauber 2023). Wie die laufende Berichterstattung des Robert Koch-Instituts für ausgewählte Notaufnahmen zeigt, war auch zu Beginn des Jahres 2023 das Inanspruchnahmeniveau vom Jahr 2019, trotz einer markanten Zunahme der Inanspruchnahme durch Kinder und Jugendliche, noch nicht wieder erreicht (Boender et al. 2023).

Tabelle 1: Stationäre Notfälle 2009 bis 2021

Jahr	Notaufnahme						ärztlicher Bereit- schafts- dienst ÄBD	%	Notfälle ambulant gesamt KH + ÄBD	%	Notfälle gesamt amb. + stat.	%
	statio- näre Notfälle	%	ambu- lante Notfälle	%	Notfälle gesamt	%						
2009	6.621.561	100	8.255.159	100	14.876.720	100	10.054.921	100	18.310.080	100	24.931.641	100
2010	6.844.022	103	8.491.745	103	15.335.767	103	8.869.309	88	17.361.054	95	24.205.076	97
2011	7.163.214	108	8.821.536	107	15.984.750	107	8.770.346	87	17.591.882	96	24.755.096	99
2012	7.464.171	113	8.972.319	109	16.436.490	110	8.741.367	87	17.713.686	97	25.177.857	101
2013	7.798.904	118	9.919.838	120	17.718.742	119	9.440.059	94	19.359.897	106	27.158.801	109
2014	8.107.676	122	10.268.242	124	18.375.918	124	8.916.290	89	19.184.532	105	27.292.208	109
2015	8.395.822	127	10.372.858	126	18.768.680	126	8.667.294	86	19.040.152	104	27.435.974	110
2016	8.608.710	130	10.673.947	129	19.282.657	130	8.762.800	87	19.436.747	106	28.045.457	112
2017	8.649.277	131	10.518.857	127	19.168.134	129	8.770.537	87	19.289.394	105	27.938.671	112
2018	8.650.121	131	10.413.834	126	19.063.955	128	9.053.533	90	19.467.367	106	28.117.488	113
2019	8.758.249	132	10.272.213	124	19.030.462	128	8.821.758	88	19.093.971	104	27.852.220	112
2020	7.711.238	116	8.937.835	108	16.649.073	112	6.912.222	69	15.850.057	87	23.561.295	95
2021	7.748.157	117	8.825.225	107	16.573.382	111	6.123.433	61	14.948.658	82	22.696.815	91

Quelle: eigene Berechnung auf Basis Statistisches Bundesamt – Destatis (stationäre Notfälle gemäß § 301 SGB V), vertragsärztliche Abrechnungsdaten der KVen gemäß § 295 SGB V

Die im Jahr 2023 weiterhin als Reformanlass thematisierte Überlastung der Notaufnahmen hat andere Ursachen, die in strukturellen Veränderungen der stationären Versorgung liegen. Im Vordergrund steht der Personalmangel insbesondere in der Pflege. Da Kopffzahlen in den Bereichen des ärztlichen und des pflegerischen Dienstes gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Bundes insbesondere in den Krankenhäusern permanent steigen (Statistisches Bundesamt – Destatis 2022), liegen die Ursachen in regulativen Vorgaben, medizinischer Spezialisierung, organisatorischen Defiziten sowie in der im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenhaus- und Bettendichte. Allerdings dürften Herausforderungen durch Personalmangel in der Zukunft eher zu- als abnehmen.

Die insgesamt deutlich gesunkenen Fallzahlen in den Krankenhäusern schlagen sich auf der Einnahmenseite nieder. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ebenso wie das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und andere Wissenschaftler gehen von einem strukturellen Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Versorgung aus. Daher wird von Seiten der Regierungskommission die Umstellung

der Krankenhausvergütung nach erfolgter Ausgliederung der Pflegebudgetanteile im verbleibenden Rest auf einen hohen Anteil (möglichst) fallzahlunabhängiger Vorhaltepauschalen vorgeschlagen. Verbunden werden soll dies mit einer Schwerpunktbildung in der stationären Versorgung und (möglichst) einem Rückgang der angebotenen Versorgungskapazität. Die verfügbaren Personalkapazitäten sollen künftig auf weniger Standorte konzentriert werden, um bei dem nunmehr als sicher geltenden fortschreitenden Fachkräftemangel an den verbleibenden Standorten eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherstellen zu können.

Impulse durch die Regierungskommission?

Auch die vierte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, die Empfehlungen für eine Wiederaufnahme der Reform der Notfallversorgung gibt, schlägt unter anderem vor, Integrierte Notfallzentren (INZ) nach dem Vorbild der bereits bestehenden Bereitschaftspraxen an Notaufnahmen einzurichten. Diese sollen auf Standorte der Notfallversorgung mit den Stufen 2 (erweiterte) und 3 (umfassende Notfallversorgung) fokussiert werden und, soweit die ambulante Versorgung betroffen ist, nur mit Fachärzten bestimmter Fachrichtungen besetzt werden. Während die Bereitschaftspraxen derzeit als Ergänzung des fahrenden Bereitschaftsdienstes meist nur in den Abendstunden oder an Wochenenden besetzt sind, wenn viele selbsteinweisende Patienten zu erwarten sind, sollen die INZ für Selbsteinweiser auch zu erweiterten Zeiten erreichbar sein. Zu prüfen ist, ob die Vorschläge der Regierungskommission eine geeignete Antwort auf Personalknappheit bei strukturellem Fallzahlrückgang bieten. Zuvor jedoch noch eine kurze Würdigung der Thesen 2 und 3.

Prägend für die Diskussion in Deutschland hierzu war ein Gutachten der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) aus dem Jahr 2015, in welchem der Anteil vertragsärztlich behandelbarer Fälle in den Notaufnahmen auf Basis retrospektiver Fallanalysen auf 30 bis 50 Prozent geschätzt wurde, sofern entsprechende vertragsärztliche Kapazitäten zur Verfügung stünden (Haas et al. 2015). Diese Schätzung ist bislang nicht widerlegt. Eine Machbarkeitsstudie des RoMed-Klinikums Rosenheim und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Jahr 2021 fokussierte prospektiv auf die Identifikation vertragsärztlich behandelbarer Patienten

unter Selbsteinweisenden und kam dabei auf einen Anteil von nahezu 50 Prozent (von Stillfried 2023). Mehrere Auswertungen von Daten aus Notaufnahmen verdeutlichen einen hohen Deckungsgrad zwischen ambulanter Behandlung und selbsteinweisenden Patienten (Otto et al. 2022), wobei der Anteil der ambulant Behandelbaren mit dem Alter der Patienten abnimmt (Michael et al. 2023).

Der Anteil der Rettungsdiensteinsätze zu Patienten mit subakuten Symptomen ist nach Wahrnehmung der Fachdiskussion laufend im Steigen begriffen und dürfte in der Größenordnung von rund einem Drittel aller Einsätze oder darüber liegen. Ein erheblicher Anteil davon wäre nicht notwendigerweise in eine Notaufnahme einzuliefern. Beide Größenordnungen sind jedoch bislang schwer exakt zu quantifizieren (Rettungsdienst 2022; Breuer et al. 2022). Ähnliche Zahlenwerte finden sich in der internationalen Literatur, in der ebenso wie in Deutschland untersucht wird, ob durch eine bessere Patientensteuerung eine Entlastung der Notaufnahmen erreicht werden kann (Cooper et al. 2018). Verschiedene durch den Innovationsfonds geförderte Projekte setzen zudem daran an, bedarfsgerechtere Versorgungsoptionen für pflegebedürftige Patienten zu finden, die nach Wahrnehmung der Notaufnahmeleitenden einen zunehmenden Anteil an der vermeidbaren Inanspruchnahme von Notaufnahmen haben (Somasundaram 2023; Brokmann 2023).

Der Gesetzgeber hat auf diese Hypothesen längst reagiert. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG 2015) wurden KVen verpflichtet, mit Krankenhäusern im Rahmen des Bereitschaftsdienstes zu kooperieren und Bereitschaftspraxen an Notaufnahmen einzurichten. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus dem Jahr 2019 wurden KVen verpflichtet, als Teil ihres Sicherstellungsauftrags 24/7 unter der Rufnummer 116117 telefonisch erreichbar zu sein und Hilfesuchenden nach strukturierter medizinischer Ersteinschätzung ein nach Dringlichkeit und Versorgungsbedarf angemessenes Versorgungsangebot zu vermitteln. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) aus dem Jahr 2021 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, Vorgaben für die strukturierte Ersteinschätzung am Sichtungstresen der Notaufnahmen und eine eventuelle Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung zu definieren.

Da für eine solche Weiterleitung an Praxen außerhalb des Klinikgeländes bisher international wenig Vorbilder existieren, gilt das Vorhaben als umstritten. Klar ist, dass mit einer entsprechend verbesserten Patientensteuerung nicht alle Überlastungsfaktoren von Notaufnahmen beseitigt werden können (Morley et al. 2023). Wie Beispiele aus Dänemark zeigen, bildet eine (telefonische) Ersteinschätzung mit Patientensteuerung als Filter und Anmeldefunktion für die Notaufnahme aber einen wesentlichen Teil für Strategien, eine Überfüllung mit Patienten (sogenanntes Crowding) in Notaufnahmen und die damit assoziierten Qualitätseinbußen in der Notfallversorgung zu vermeiden (Hansen-Nord 2013; Fløjstrup et al. 2020; Brabrand et al. 2022). Vor diesem Hintergrund steht die Frage im Raum, auf welche weiteren Maßnahmen eine Notfallreform jetzt mit Blick auf die Zukunft fokussieren muss.

Auch die Regierungskommission setzt auf eine Stärkung der telefonischen Patientensteuerung durch eine engere Koordination der Rufnummern 112 und 116117 sowie eine strukturierte Ersteinschätzung und Erweiterung der Dispositionsmöglichkeiten, um Hilfesuchenden neben einem gestärkten ärztlichen Bereitschaftsdienst auch pflegerische und soziale Hilfestellungen vermitteln zu können. Zunächst erweckt dies den Eindruck eines umfassenden Maßnahmenpakets zur Entlastung der Notfallversorgung. Bei näherer Betrachtung dürfte jedoch das Gegenteil der Fall sein.

Folgte man den Empfehlungen der Kommission, wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit eine nachhaltige Überlastung der Notfallversorgung die Folge. Hierfür sind zwei Gründe maßgeblich: Die Kommission berücksichtigt die zu erwartende Personalknappheit im Gesundheitswesen nicht ausreichend, und ihre Empfehlungen sind geeignet, mehr Menschen mit akuten Behandlungsanliegen aus der Regelversorgung in die Notfallversorgung zu ziehen.

Ambivalente Wirkung der INZ

Zunächst ist zu begrüßen, dass das Konzept der Kommission für INZ im Wesentlichen den heutigen Bereitschaftspraxen am Krankenhaus entspricht und dass sie empfiehlt, INZ künftig nur noch an Notaufnahmen der Stufen 2 und 3 einzurichten. Würde dies konsequent umgesetzt, könnte die Zahl der Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern

von heute 809 an 606 Standorten (Ergebnisse einer internen Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2022) auf rund 460 reduziert werden. Die Fokussierung ist dann sinnvoll, wenn sie auch geeignet ist, Hilfesuchende im potenziellen Notfall an Standorte mit ausreichender personeller und apparativer Ausstattung zu lenken.

Allerdings votiert die Kommission dafür, die Bereitschaftspraxen an Notaufnahmen der Stufe 2 werktätlich bereits ab 14:00 Uhr zu besetzen und an Standorten der Stufe 3 eine Besetzung rund um die Uhr vorzusehen. Das wäre eine deutliche Ausweitung gegenüber den heutigen Besetzungszeiten, die in der Regel erst nach den allgemeinen Praxisöffnungszeiten einsetzen und gegen 21:00 oder 22:00 Uhr enden. Ein Blick auf die Fallzahlen pro Stunde in der sogenannten „tiefen Nacht“ erklärt, warum eine Besetzung dann wenig effizient ist (Greiner et al. 2021; Trentzsch et al. 2020): Diese gehen auch bei großen Notaufnahmen auf Werte von weniger als einem Patienten pro Stunde zurück; der Anteil stationär aufgenommener Patienten steigt zugleich stark an.

Aus einem unveröffentlichten Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses aus dem Jahr 2021 geht hingegen hervor, dass die Anzahl ambulanter Notfälle pro Stunde aus Kliniken tagsüber zwischen 8:00 und 20:00 Uhr auf niedrigem Niveau weitgehend konstant bleibt, während in den Abendstunden und am Wochenende insbesondere die Bereitschaftsdienstfälle deutlich ansteigen. Gleiches dürfte dem Grunde nach für die Besetzung von Bereitschaftspraxen gelten. Diese können nicht nur nachts, sondern auch während allgemeiner Praxisöffnungszeiten an den allermeisten Standorten nicht effizient besetzt werden.

Eine Analyse der bundesweiten Abrechnungsdaten für die ambulanten Notfälle der Notaufnahmen für das Jahr 2019 zeigt, dass diese zwischen 7:00 und 19:00 Uhr im Schnitt nur 1,3 ambulante Notfallkontakte pro Stunde hatten. Nur rund ein Viertel der Notaufnahmen (rund 300) rechneten mehr als 1,7 Notfallkontakte ab, aber nur 20 Notaufnahmen bundesweit hatten zu Praxisöffnungszeiten mehr als 3,8 Notfallkontakte pro Stunde (von Stillfried 2022). Anhaltspunkte für ein höheres Patientenaufkommen ab 14:00 Uhr zeigen sich in den Abrechnungsdaten nicht. Vielmehr dürfte die Forderung auf die mit dem Workflow im Tagesverlauf zunehmende Crowding-Problematik zurückzuführen sein (Tuominen et al. 2023).

Geht man davon aus, dass 30 bis 50 Prozent der ambulanten Notfälle vertragsärztlich in einer Bereitschaftspraxis behandelt werden könnten, dann zeigt sich, dass INZ mit einer vertragsärztlichen Besetzung tagsüber auch künftig nur an wenigen ausgewählten Standorten insbesondere in Ballungszentren eine geeignete Lösung zur Entlastung der Notfallversorgung sein können. Um eine Bereitschaftspraxis tagsüber mit einem erfahrenen Hausarzt zu besetzen, wo im Schnitt zwischen vier und fünf Patienten täglich behandelt würden, müsste eine Praxis geschlossen oder personell stark reduziert werden, in der durchschnittlich 6,5 Patienten pro Praxis und Stunde behandelt werden (interne Auswertung auf Grundlage der Angaben zu Arbeitszeiten aus dem Zi-Praxis-Panel 2020 für das Berichtsjahr 2019 und den pro Behandlungsfall in den Abrechnungsdaten angegebenen Behandlungstagen).

Da gerade der hausärztliche Nachwuchs schon heute nicht mehr ausreicht, die freiwerdenden Praxissitze nachzubesetzen, wäre eine solche Abordnung an einen Klinikstandort in hohem Maße unproduktiv und versorgungseinschränkend. Sie wäre nur sinnvoll zu betreiben, wenn die Patienten sich dann künftig vermehrt direkt dort vorstellten, statt in den Praxen, aus denen Ärzte zur Besetzung der Bereitschaftspraxen abgeordnet werden müssten. Damit würden aber mehr Patienten aus der Regelversorgung an Standorte der Notfallversorgung gezogen. Ein möglicher Sogeffekt ist heute schon am Patientenaufkommen an Standorten mit Bereitschaftspraxis zu beobachten, wo die Patientenzahlen pro Stunde immer dann ansteigen, wenn die Bereitschaftspraxen besetzt sind (Bayeff-Filloff 2021).

Würden die Vorschläge der Regierungskommission umgesetzt, würden die Sogkräfte aus der Regel- in die Notfallversorgung durch die Summe der Maßnahmen gegenüber heute deutlich verstärkt. Zu den weiteren Vorschlägen der Kommission in diese Richtung gehören:

- INZ an allen 290 Kinderkliniken einzurichten
- Antwortzeiten der 116117 zu jeder Zeit auf wenige Minuten zu reduzieren
- neben Steuerungshinweisen über die Rufnummern 112 und 116117 rund um die Uhr telemedizinische Beratung vorzuhalten

- die Zielsetzung, anstelle der heutigen Stabilisierung bis zur Inanspruchnahmefähigkeit der Regelversorgung im Rahmen der Notfallversorgung eine fallabschließende Behandlung anzubieten
- Bereitschaftsdienstpraxen nur mit erfahrenen Ärzten bestimmter Fachgruppen zu besetzen
- den fahrenden Bereitschaftsdienst auch während der Praxisöffnungszeiten, also 24/7, anzubieten

Allein durch die Brille der Notfallversorgung betrachtet, sind all dies ohne Zweifel wünschenswerte Optimierungen, um bestmöglich auf alle Behandlungsanliegen mit subjektiver Dringlichkeit reagieren zu können.

Die Kommission verkennt jedoch zum einen die Natur der selbstständigen Tätigkeit als niedergelassener Arzt. Eine Rekrutierung von Vertragsärzt:innen, die neben ihrer Praxistätigkeit zusätzlich dienstverpflichtet werden sollen, um den ärztlichen Personalbedarf zu decken, wäre ein schwerwiegender Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung, zumal nach geltendem Recht damit voraussichtlich eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit verbunden wäre. Ungeklärt bleibt, wie der mit der verpflichtenden Bereitschaftsdiensttätigkeit während der Praxisöffnungszeiten verbundene Verdienstaufschlag aus Praxistätigkeit zu kompensieren wäre. Gleichzeitig geht der Auftrag zu einer fallabschließenden 24/7-Versorgung weit über den Sicherstellungsauftrag gemäß § 75 SGB V hinaus.

Zum anderen fehlt die Wahrnehmung der hierdurch ausgelösten Steuerungswirkung. Eine Reform der Akut- und Notfallversorgung darf das in zahlreichen Studien beleuchtete Inanspruchnahmeverhalten und Anspruchsdenken der Bevölkerung nicht außer Acht lassen. Soweit die von der Kommission vorgesehenen Verbesserungen der Akut- und Notfallversorgung aufgrund von Personalknappheit nur unter Inkaufnahme von Einschränkungen der Regelversorgung zu leisten sind, dürfte dadurch eine nachhaltige Nachfrageverlagerung aus der Regelversorgung ausgelöst werden, die die Notfallversorgung überfordern muss. Derzeit versorgen die Notaufnahmen pro Jahr rund 16,6 Millionen ambulante und stationäre Notfälle für GKV-Versicherte. Das sind zwei Drittel aller in Krankenhäusern jährlich behandelten Fälle. Hinzu kommen 6,1 Millionen Fälle

im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Diesen rund 22,7 Millionen Fällen stehen nach Schätzungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung jährlich rund 200 Millionen Akutfälle in der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber (etwa ein Drittel der mehr als 600 Millionen Behandlungsfälle jährlich). Sollten sich nur 10 bis 15 Prozent dieses Patientenpotenzials umorientieren, um sich regelhaft an Standorten der Notfallversorgung behandeln zu lassen, stünden diese Einrichtungen einer Fallzahlsteigerung von mehr als 100 Prozent ihres bisherigen Fallzahlaufkommens gegenüber. Dies kann nicht das Ziel der Notfallreform sein.

Die Warnungen internationaler Studien, dass solche Sogeffekte die durch INZ angestrebten Entlastungseffekte der Notfallversorgung konterkarieren können, weil sie mehr Patienten mit akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Behandlungsanlässen auch in die Notaufnahmen lenken, müssen ernst genommen werden (Cooper et al. 2018; McFadzean et al. 2022).

Lösungen

Die Reform der Notfallversorgung sollte auf die künftigen Rahmenbedingungen ausgerichtet werden, die durch einen spätestens seit dem Ende der Pandemie deutlich spürbaren und fortschreitenden Fachkräftemangel in der medizinischen Versorgung gekennzeichnet sind (WHO 2022).

Das bedeutet, dass

- möglichst keine Institutionen geschaffen werden, die zu parallelen Versorgungsangeboten mit entsprechendem Personalbedarf führen und
- der Gedanke einer Gliederung der Versorgung neu belebt werden muss, in der die Patienten gemäß den Schweregraden ihrer Erkrankung oder der Art ihrer Symptome auf der jeweils angemessen niedrigsten Versorgungsebene behandelt werden, um die knapperen und personell sowie apparativ aufwendigeren Versorgungsebenen den Patienten mit höheren Dringlichkeitsstufen und/oder schwereren Erkrankungen vorzubehalten.

Um eine solche Gliederung umsetzen zu können, bedarf es bei Planung, Gestaltung und laufender Ausübung der Tätigkeit in der jeweiligen Versorgungsebene einer ausgeprägten Zusammenarbeit. Die sogenannte Überwindung der Sektorengrenzen besteht folglich nicht darin, dass eine Einrichtung alle Versorgungsebenen in sich vereint. Vielmehr geht es um die Abstimmung einer funktionsfähigen Kooperation der vor- und nachgelagerten Versorgungseinrichtungen unterschiedlicher Versorgungsebenen.

Zu Recht unterscheiden sich die Anforderungen an Rettungsleitstellen und an die Dispositionsstellen der KVen und somit auch deren strukturierte Prozesse. Die entscheidenden Beiträge zur verbesserten Arbeitsteilung zwischen diesen Stellen wären daher von folgenden Elementen zu erwarten:

- 1) bi-direktionale digitale Fallübergabe: Hierbei werden eine offene Schnittstelle und eine Ende-zu-Ende-verschlüsselte Kommunikation zwischen den Servern inklusive einer digitalen Bestätigungsfunktion der Fallübernahme benötigt. Hierzu liegt bereits ein Verfahrensvorschlag vor, der auf die Datenstruktur des UCRI-Formats zurückgreift und zur Datenübermittlung die Elemente des TI-Messengers nutzt (Zoch-Lesniak und Kroll 2023). Auf Seiten der KVen kann dies flächendeckend einheitlich umgesetzt werden. Das große Interesse der Rettungsleitstellen und die Einbindung der relevanten Softwarehersteller spricht dafür, dass die Umsetzung ohne weitere rechtliche Vorgaben realisiert werden kann.
- 2) Die Disponenten in Rettungsleitstellen und KV-Servicestellen benötigen einen bi-direktionalen Echtzeitabgleich der Telefonnummern, von denen aus die 112 oder 116117 gewählt wurde. Dies ist wichtig, um Wiederholungsanrufer besser einschätzen und disponieren zu können. Wird dies rechtlich ermöglicht, wäre es auch sinnvoll, dass per Klick im Einzelfall vorliegende Ersteinschätzungsergebnisse und Dispositionsentscheidungen abgerufen werden können.
- 3) Mit dem durchaus sinnvollen Vorschlag der Kommission, die Dispositionsoptionen durch nicht-ärztliche aufsuchende Dienste wie beispielsweise durch Gemeindenotfall-sanitätser, Notfallpflege, Community Nurses oder Sozialdienste sowie gegebenenfalls durch Telekonsultationsmöglichkeiten zu ergänzen, ist aber auch die Frage nach einer sinnvollen Arbeitsteilung dieser Dispositionsalternativen zu beantworten, um keine Parallelangebote zu schaffen. Hierzu bedarf es klarer Kriterien, wann eine Rettungs-

leitstelle die Disposition an die 116117 abgibt, wenn erkennbar ist, dass es sich nicht um einen Fall für die Notfallversorgung handelt. Da entsprechende Dispositionsalternativen sämtlich Alternativen zur Notfallversorgung darstellen (Seeger et al. 2021; Seeger et al. 2022), erschiene es einfacher, diesen aufsuchenden Dienst in die Disposition des Bereitschaftsdienstes zu integrieren. Bereits bei der Annahme des Hilfesuchts muss in der telefonischen Kommunikation anders und zeitlich umfassender vorgegangen werden als zur Disposition eines Rettungsmittels im Notruf 112 üblich. Oftmals geht es mehr um Beratung und Ergänzung der Regelversorgung. Insofern wäre auch zu erwägen, beispielsweise nicht-ärztliche Praxisassistent:innen im Bereitschaftsdienst zu disponieren, die viele dieser Aufgaben bereits in der Regelversorgung vornehmen. Generell besteht für die aufsuchenden Dienste oder Telekonsultationen auch ein zumindest anteiliges Substitutionspotenzial gegenüber dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. All dies spricht für die schnelle Übergabe an eine um Dispositionsalternativen erweiterte Servicestelle 116117.

Auch die Arbeitsweisen von Klinikärzten in Notaufnahmen unterscheiden sich aus guten Gründen von der Arbeitsweise in der haus- und fachärztlichen Regelversorgung. Während in der Notfallversorgung eine tiefergehende Diagnostik zum Ausschluss seltener Risiken im Vordergrund steht, stehen in der ambulanten Medizin die Kontinuität der Versorgung im Fokus und die Möglichkeit der Beobachtung mit einer erneuten Intervention, sollte sich der Krankheitsverlauf verschlechtern. Dies führt zu kürzeren, aber gegebenenfalls wiederholten Kontakten, während die mittlere Aufenthaltsdauer in der Notaufnahme für Selbsteinweiser und auch bei einer ambulanten Behandlung im Schnitt rund drei Stunden (Otto et al. 2022) beträgt.

Dies bedeutet aber auch, dass Notaufnahmen bereits dadurch entlastet werden können, dass eine kleine Zahl von Patienten pro Stunde, die der Behandlung durch die Notaufnahme nicht zwingend bedürfen, aus der Notaufnahme in eine ambulante vertragsärztliche Behandlung geführt wird. Entscheidend ist, dass die Entscheidung über eine solche Weiterleitung schnell und sicher getroffen werden kann. Dafür bedarf es einer Softwareunterstützung des für die Patientenpriorisierung in der Notaufnahme ausgebildeten Fachpersonals, um eine Empfehlung zur Weiterleitung unter Verweis auf

ein validiertes Regelwerk treffen zu können, sowie einer Online-Anbindung zur Identifikation freier Behandlungskapazitäten in fachlich und geografisch geeigneten Arztpraxen mit einer sofortigen Anmeldung oder Terminbuchungsmöglichkeit innerhalb der ermittelten Dringlichkeitsstufe.

Die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA gemäß § 120 Absatz 3b SGB V bleibt dafür hoch relevant. Die Vorgaben der Richtlinie zur Ersteinschätzung und Weiterleitung, so umstritten sie derzeit sein mögen, müssen schrittweise so ausgebaut werden, dass die Notaufnahmen Rechtssicherheit und technische Grundlagen erhalten, alle Patienten, die keiner Behandlung durch die Notaufnahme bedürfen, in eine geeignete Einrichtung weiterzuleiten. Tagsüber sind dies die Vertragsarztpraxen, abends, feiertags und am Wochenende die Bereitschaftspraxen beziehungsweise der fahrende Bereitschaftsdienst. Mit Ausnahme sehr weniger Standorte mit nächtlicher Besetzung einer Bereitschaftspraxis dürfte die Weiterleitung zwischen etwa 22:00 und 7:00 Uhr infolge der extrem niedrigen Zahl der Inanspruchnehmenden und der Erreichbarkeit der Versorgungsalternativen weitgehend entfallen.

Die künftige Struktur der Notfallversorgung sollte von dem Grundsatz ausgehen, dass kein Patient unangemeldet in einer Notaufnahme erscheint. Dies bedeutet, dass Notfallpatienten entweder über einen Notruf durch den Rettungsdienst eingeliefert oder durch die Servicenummer 116117 dort angemeldet werden, wenn keine andere geeignete Versorgungsmöglichkeit besteht. Dadurch dürfte auch die Häufigkeit einer erforderlichen Weiterleitung aus der Notaufnahme in die vertragsärztliche Versorgung abnehmen.

Die Anforderungen an die Ausgestaltung der 116117 steigen jedoch hierdurch. Eine generelle telefonische Voranmeldung akuter Behandlungsbedarfe ist personell sehr aufwendig. Nimmt man die Zahl der ambulant in Notaufnahmen behandelten Notfälle als Näherungswert für die Zahl der Selbstvorstellungen, müssten jährlich rund zehn Millionen zusätzliche telefonische Ersteinschätzungen durchgeführt werden, rund 4,5 Millionen davon während der Praxisöffnungszeiten. Zum Vergleich: Im Jahr 2022 wurden bei rund 12,8 Millionen getätigten Anrufen (inklusive Wiederholungsanrufe; Berechnung: Kassenärztliche Bundesvereinigung) auf der 116117 effektiv rund 1,6 Millionen

Ersteinschätzungen durchgeführt. Dabei entfiel die überwiegende Mehrheit auf Zeiten des Bereitschaftsdienstes außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten (SmED-Portal des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland [Zi] <https://smed.ziapp.de/>).

Die Etablierung des Prinzips der Voranmeldung muss daher mit Augenmaß implementiert werden. Würde die 116117 auch tagsüber zum primären Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem und würden zugleich die Servicelevel per Gesetz erheblich angehoben, wäre eine Vervielfachung der Personalressourcen für die Disposition notwendig, womit die 116117 in Konkurrenz aus dem Praxispersonal rekrutieren müsste und in Personalkonkurrenz zu anderen Einrichtungen der Akut- und Notfallversorgung träte. Daher sollte die digitale Selbsteinschätzung mit voreingestellten Dispositionsempfehlungen und einer digitalen Terminbuchungsmöglichkeit zwingender Bestandteil einer erweiterten Steuerungsfunktion der 116117 sein. Jüngsten Studien zufolge ist die digitale Selbsteinschätzung auch zur Entlastung der Sichtungskräfte am Empfangstresen von Notaufnahmen zuverlässig möglich (Meer 2023; Cotte et al. 2022).

Voraussetzung für den Ausbau der Voranmeldungsfunktion ist eine Neuregelung der Finanzierung des Betriebs der 116117. Die erforderlichen Vorhaltekosten können nicht aus Verwaltungskosten der KVen und damit aus Einkünften der niedergelassenen Ärzte finanziert werden, sondern müssen von den Krankenkassen übernommen werden. Ebenso müssen die Aufwendungen für Disponierungen in Alternativen zur Notfallversorgung finanziert werden. Dies betrifft unter anderem die Einsätze nicht-ärztlicher aufsuchender Dienste wie etwa von Gemeindefallsanitätern, Notfallpflege oder Nichtärztlichen Praxisassistent:innen (NäPa) im Bereitschaftsdienst und Transportfahrten des Rettungsdienstes in geeignete vertragsärztliche Praxen. Dabei muss das Ziel jedoch eine Substitution der Inanspruchnahme der Notfallversorgung sein, nicht die Schaffung eines für die Versicherten breit verfügbaren Zusatzangebotes.

Alle Maßnahmen müssen folglich unter das Gebot gestellt werden, den möglichen Sogeffekt aus der Regel- in die Notfallversorgung so niedrig wie möglich zu halten. Folglich dürfen in der Notfallversorgung keine Anreize gesetzt werden, diese anstelle der

Regelversorgung aufzusuchen. Und es muss klar sein, dass die Akut- und Notfallversorgung generell und insbesondere innerhalb der Regelversorgungszeiten besonderen Anlässen vorbehalten ist. Dies könnte dadurch erreicht werden, dass die Vorstellung in einer Notaufnahme grundsätzlich nur mit Voranmeldung auf Basis einer strukturierten Ersteinschätzung möglich ist. Um dieses Prinzip zu stärken, sollte jeder, der diese Einrichtungen ohne Voranmeldung in Anspruch nimmt, mit einer Zuzahlung rechnen müssen, sofern es sich nicht um einen Notfall gemäß den Kriterien der Ersteinschätzung handelt.

Im Zuge der Reform der Krankenhausstrukturen bleiben flankierende Entwicklungsmaßnahmen notwendig, denn zahlreiche Krankenhäuser sind weder räumlich noch organisatorisch oder prozessual auf zentrale Notaufnahmen eingestellt. Neben einer notwendigen Konzentration der Notfallversorgung (von Stillfried et al. 2017) ist anzuerkennen, dass die ZNA zentrale steuernde Funktion für das Krankenhaus haben muss, wenn mittlerweile rund 50 Prozent der Belegung über die Notaufnahme erfolgen. In die Notfallversorgung muss besonders erfahrenes Personal gelenkt werden, um gerade bei der (durch Konzentration der Akut- und Notfallversorgung auf weniger Standorte) größeren Zahl der in die ZNA gesteuerten Patienten eine Diagnostik zielsicher auf das Notwendigste beschränken zu können. Dafür müssen auch die Zuständigkeiten in der Krankenhausplanung so geregelt werden, dass es zu einer gezielten Konzentration der Standorte kommt. Das gilt trotz möglicher längerer Wege auch und insbesondere in ländlichen Regionen, da dort ansonsten zu befürchten ist, dass die Qualität der stationären und perspektivisch auch die der ambulanten Versorgung hinter der Qualität von städtischen Regionen deutlich zurückbleibt.

Konkrete Schritte zu Lösung

An praktischen Umsetzungsbeispielen für viele Elemente des vorangestellten Lösungswegs wird bereits gearbeitet. Davon können nachstehend nur einzelne exemplarisch hervorgehoben werden.

Sehr umfassend ist der Ansatz des in Hessen geplanten und in Umsetzung befindlichen Projekts „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ (SaN) (Starke und

Lampferhoff 2022). Das Projekt zielt auf eine kriteriengestützte Kooperation zwischen den KV-Dispositionszentralen, den Rettungsleitstellen, dem Rettungsdienst, den Kliniken und den ambulanten Einrichtungen. Die Kriterien umfassen Regeln zur Ersteinschätzung und gegebenenfalls zur Weiterleitung in eine geeignete Einrichtung sowie Regeln zu notwendigen personellen und apparativen Vorhaltungen. Die Implementierung basiert auf Lösungen der digitalen Fallübergabe zwischen den Beteiligten, sodass erkennbar ist, wo der Erstkontakt und gegebenenfalls weitere Folgekontakte erfolgten. Eine Besonderheit dieses Konzepts sind die sogenannten Partner-Praxen. Hierbei handelt es sich um Praxen, die sich bereit erklärt haben, Akutpatienten aus dem Rettungsdienst oder aus Notaufnahmen kurzfristig anzunehmen. Deren apparative und personelle Ausstattung sowie zeitliche Verfügbarkeit ist bekannt. Sie werden in das in Hessen etablierte System zur Online-Echtzeitsuche nach verfügbaren Ressourcen und Patientenanmeldung (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis – IVENA) übernommen und sollen vom Rettungsdienst sowie aus Notaufnahmen Patientenanmeldungen erhalten und deren Annahme bestätigen können. IVENA erlaubt einen schnellen Austausch aller an der Notfallversorgung teilnehmenden Partner. Zur Anmeldung in einer Versorgungseinrichtung werden nach Eingabe eines Codes für die Symptomatik beziehungsweise Verdachtsdiagnose und deren Dringlichkeit die verfügbaren relevanten Behandlungsoptionen angezeigt. Einrichtungen, die aktuell keine weiteren Patienten annehmen können, können sich vorübergehend als ausgelastet kennzeichnen. Die in Abhängigkeit der aktuellen Patientenströme tatsächlich vorhandenen Ressourcen sind in Echtzeit einsehbar, und Patienten können in einer aktuell verfügbaren Einrichtung mit allgemeinen Merkmalen (Alter, Zustandskode) angemeldet werden. Bei der Registrierung in IVENA sollte die apparative und personelle Ausstattung maßgeblich für die Zuordnung als Versorgungseinrichtung für bestimmte Zustandskodes sein und nach einheitlichen Kriterien vorgenommen werden. IVENA wird derzeit in acht Bundesländern eingesetzt. In weiteren Bundesländern existieren vergleichbare Systeme oder befinden sich in Einführung. Zur Übermittlung vertraulicher Personendaten, wie beispielsweise der Versichertennummer, Ersteinschätzungsergebnissen oder Befunden, bedarf es jedoch ergänzender Kommunikationsstrukturen wie beispielsweise des TI-Messengers, der eine Ende-zu-Ende-verschlüsselte Datenübermittlung an registrierte Adressaten im Gesundheitswesen ermöglicht.

Die gemeinsame Dispositionsgrundlage für die Weiterleitung aus der Notfallversorgung in alternative Angebote (inklusive des Gemeindefallnotfallsanitäters) soll die von den KVen bereits seit dem Jahr 2020 einheitlich und flächendeckend genutzte Ersteinschätzungssoftware „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“ (SmED) sein. SmED unterstützt medizinisches Fachpersonal bei der Einschätzung der Symptome Hilfesuchender. Ziel ist es, anhand von strukturierten Frage-Antwort-Schemata Hinweise auf abwendbar gefährliche Verläufe zu erkennen und eine Empfehlung sowohl zum Zeitpunkt, an dem eine ärztliche Versorgung stattfinden soll (time to treat), als auch zur entsprechenden Versorgungsebene (point of care) abzugeben. Die Software basiert auf dem in der Schweiz zur telemedizinischen Beratung etablierten Swiss Medical Assessment System (SMASS) und wurde in Kooperation zwischen dem Hersteller (in4medicine AG, Bern) und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung auf eine Anwendung in Deutschland angepasst. Dazu gehören auch Konfigurationen zur Anwendung von SmED im Rettungsdienst und am Anlauftresen einer Notaufnahme. SmED generiert eine rechtssichere Dokumentation der Ersteinschätzung, deren Ergebnisse an die jeweiligen Dispositionssysteme über eine HL7 FHIR Schnittstelle übergeben werden oder über eine PIN abgerufen werden können.

Eine erste Implementierung von SmED zur Disponierung von Akutpatienten in Partnerpraxen in der SaN Projektregion erfolgt im Agaplesion Krankenhaus Gießen, nachdem die eintreffenden Selbsteinweisenden zuvor mittels des Manchester Triage Systems (MTS) priorisiert wurden. Aber auch außerhalb der Projektregion finden Erprobungen statt, so beispielsweise im Klinikum Hoechst, dort jedoch noch ohne die digitale Anmeldung in Partnerpraxen.

Eine Disposition mit SmED vor dem Zugang zur Notaufnahme mit Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung existiert bereits in Bremen, Hamburg, Mainz und ist an weiteren Standorten in Berlin und Brandenburg in Planung, wobei hier im Unterschied zur ausstehenden G-BA Richtlinie gemäß § 120 Absatz 3b SGB V die Steuerung und Weiterleitung durch die KV erfolgt. Im Zuständigkeitsbereich der KV Berlin ist dabei eine Erprobung der telefonischen Disposition von selbsteinweisenden Patienten in Vorbereitung, die sich während der Praxisöffnungszeiten am Tresen der Notaufnahme vorstellen

und mittels MTS als nicht dringlich priorisiert wurden. Das Beispiel der KV Berlin zeigt zudem, dass durch eine Verstärkung der telefonischen Beratung der Versicherten aufwendigere Einsätze des fahrenden Bereitschaftsdienstes reduziert werden können. Die Konstellation eröffnet eine Überprüfung des in der Machbarkeitsstudie in Rosenheim entdeckten Potenzials, einen relevanten Teil der weiterleitungsfähigen Patienten direkt vor Ort durch eine ärztliche Telekonsultation abschließend zu beraten. Diese Perspektive ist insoweit relevant, als die im Zuge der Entlastung der Notfallversorgung gefundenen Lösungen auch geeignet sein müssen, die vertragsärztliche Versorgung geringstmöglich zu belasten.

In diese Richtung sind auch die Erfahrungen mit dem modellhaften Einsatz des bei Bedarf telemedizinisch unterstützten Gemeindenotfallsanitäters im Rettungsdienstbereich Oldenburg zu beurteilen. Soweit gemeinsame Vorgaben zur Disponierung dieses Versorgungsangebots gefunden werden können, lassen sich dadurch sowohl Rettungseinsätze als auch Bereitschaftsdiensteinsätze effizient vermeiden. Für die verbliebenen Bereitschaftsdiensteinsätze resultieren in ländlichen Regionen höhere Vorhaltekosten, da die Einsatzbereiche vergrößert werden können, dafür aber Aufwendungen für Fahrten steigen. Zudem muss die Tätigkeit finanziell aufgewertet werden, um damit höhere Qualifikationsanforderungen verbinden zu können und damit mehr Verlässlichkeit in der Versorgung beziehungsweise in der Arbeitsteilung mit anderen Versorgungsebenen zu schaffen. Aufgewertet werden muss auch die Tätigkeit von Partnerpraxen, wenn diese Fälle aus dem Rettungsdienst oder aus Notaufnahmen annehmen. Sieht man dies als Teil des Gesamtkonzepts, können auch diese Aufwendungen nicht aus Verwaltungskosten und somit aus den Einkünften der Niedergelassenen bestritten werden, sondern müssen von den Krankenkassen übernommen werden.

Die mittlerweile auch im Rettungsdienst überall deutlich spürbaren Personalengpässe setzen der bis dato von Jahr zu Jahr praktizierten Kapazitätserweiterung harte Grenzen. Somit besteht in vielen Leitstellen klare Kooperationsbereitschaft, die technischen Möglichkeiten der digitalen Fallübergabe an den vertragsärztlichen Versorgungsbereich und die daraus resultierenden veränderten Arbeitsprozesse zu erproben. Da innerhalb der maximal 60 Sekunden Gesprächsdauer unter der Rufnummer 112 nicht alle Fälle

eindeutig eingeschätzt werden können, besteht auch nach Einführung einer digitalen Fallübergabe weiterhin bei einem bestimmten Anteil Hilfesuchender die Notwendigkeit, vor Ort eine zweite Ersteinschätzung durchzuführen, aus der die Dispositionsentscheidung resultieren kann, den Patienten zu einer Partnerpraxis zu transportieren oder zum selbständigen Besuch einer Praxis aufzufordern. Entsprechende Modellversuche finden neben dem SaN-Projekt beispielsweise in Schleswig-Holstein statt. In zwei Rettungsdienstbereichen in Sachsen-Anhalt soll zudem SmED zur Disponierung des Gemeindenotfallsanitäters genutzt werden.

Diese Ansätze bedürfen weiterer Evaluation. Sie zeigen aber grundsätzlich, dass eine Verbesserung der Transparenz über das jeweilige Leistungsangebot und dessen aktuelle Verfügbarkeit durch digital unterstützte Steuerungssysteme eine Entlastung des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen der Krankenhäuser ermöglichen kann. Infolgedessen kann sich jeder Sektor auf die ihm vertrauten Aufgaben in der Gesundheitsversorgung konzentrieren. Entsprechende Kooperationsmöglichkeiten bestehen bereits und müssen nur durch behutsame Rechtsänderungen unterstützt werden. Angesichts nicht mehr steigender Fallzahlen insbesondere bei Selbsteinweisenden, aber insgesamt in allen Versorgungsbereichen zunehmenden Personalengpässen ist ein entsprechend behutsames Vorgehen notwendig, um keine unbeabsichtigte und kontraproduktive Trendwende bei der Fallzahlentwicklung herbeizuführen. Würde die Notfallversorgung zulasten der Regelversorgung gestärkt und dadurch ein Fallzahlmagnet geschaffen, müsste die Reform im Ansatz als gescheitert angesehen werden.

Literatur

- Bayeff-Filloff, M. (2021). Perspektiven der medizinischen Ersteinschätzung in Kliniken. Vortrag im Rahmen des Pressegesprächs vom 14. März 2021 zur Machbarkeitsstudie Rosenheim. S. 14. Online unter www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/PK_Rosenheim-Studie_Bayeff-Filloff.pdf (Download am 13. März 2023).
- Boender, S., Schranz, M., Grabenhenrich, L., Kocher, T., Wagner, B. und A. Ullrich (2023). Robert Koch-Institut: Wochenbericht der Notaufnahme Surveillance vom 8. März 2023. Online unter www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/Abt3/FG32/sumo/sumo.html (Download am 13. März 2023).

- Brabrand, M., Posth, S., Bech, M. et al. (2022). Mandatory referral for unplanned hospital admissions led to a 9.4% reduction in attendances. In: *Intern Emerg Med* 17. S. 915–916. doi: 10.1007/s11739-021-02867-w.
- Breuer, F., Brettschneider, P., Poloczek, S. et al. (2022). Quo vadis, gemeinsames Notfalleitsystem? In: *Notfall Rettungsmed*. doi: 10.1007/s10049-022-01073-1.
- Brokmann, C. (2023). Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss: Optimal@NRW – Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk rund um die Uhr. Online unter www.innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/optimalatn-rw-optimierte-akutversorgung-geriatrischer-patienten-durch-ein-intersektorales-telemedizinisches-kooperationsnetzwerk-rund-um-die-uhr.364 (Download am 13. März 2023).
- Cooper, A., Davies, F., Edwards, M. et al. (2018). The impact of general practitioners working in or alongside emergency departments: a rapid realist review. In: *BMJ Open* 9 (4). doi: 10.1136/bmjopen-2018-024501.
- Cotte, F., Mueller, T., Gilbert, S. et al. (2022). Safety of Triage Self-assessment Using a Symptom Assessment App for Walk-in Patients in the Emergency Care Setting: Observational Prospective Cross-sectional Study. In: *JMIR Mhealth Uhealth* Mar 28, 10 (3):e32340. doi: 10.2196/32340.
- Fløjstrup, M., Bøgh, S. B., Henriksen, D. P. et al. (2020). Increasing emergency hospital activity in Denmark, 2005–2016: a nationwide descriptive study. In: *BMJ Open* 10 (2). doi: 10.1136/bmjopen-2019-031409.
- Greiner, F., Erdmann, B., Thiemann, V. S. et al. (2021). Der AKTIN-Monatsbericht: Plädoyer für ein standardisiertes Reporting in der Notaufnahme. In: *Notfall Rettungsmed*. doi: 10.1007/s10049-021-00910-z.
- Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T. et al. (2015). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Hamburg: DGINA.
- Hansen-Nord, M. (2013). Tools for Process Optimizing in Emergency Departments. *Conference Papers in Science (Hindawi)*, Article ID 270962. doi: 10.1155/2013/270962.
- Klauber, J. (2023). Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) vom 6. März 2023. Online unter www.presseportal.de/pm/32063/5456228 (Download am 13. März 2023).

- McFadzean, I. J., Edwards, M., Davies, F. et al. (2022). Realist analysis of whether emergency departments with primary care services generate 'provider-induced demand'. In: *BMC Emerg Med* 22, 155. doi: 10.1186/s12873-022-00709-2.
- Meer, A. (2022). Ist die Selbsttriage durch Patienten, die eine Symptom-Checker-App verwenden, sicher? kofam 2022. Online unter www.kofam.ch/de/studienportal/nach-klinischen-versuchen-suchen/152560/studie/48140 (Download am 13. März 2023).
- Michael, M., Al Agha, S., Böhm, L. et al. (2023). Alters- und geschlechtsbezogene Verteilung von Zuführung, Ersteinschätzung, Entlassart und Verweildauer in der zentralen Notaufnahme. In: *Notfall Rettungsmed* 26. S. 39–48. doi: 10.1007/s10049-021-00895-9.
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M. et al. (2018). Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. In: *PLoS ONE*. doi: 10.1371/journal.pone.0203316.
- Otto, R., Blaschke, S., Schirrmeyer, W. et al. (2022). Length of stay as quality indicator in emergency departments: analysis of determinants in the German Emergency Department Data Registry (AKTIN registry). In: *Intern Emerg Med*, Jun, 17 (4). S. 1199–1209. doi: 10.1007/s11739-021-02919-1.
- Rettungsdienst (2022). Ausgabe 3, Schwerpunktheft: Fortbildung, Notfallpraxis. S. 39–81.
- Seeger, I., Günther, U., Schmiemann, G. et al. (2022). Versorgung älterer Patienten durch Gemeindenotfallsanitäter. In: *Med Klin Intensivmed Notfmed* 117. S. 542–548. doi: 10.1007/s00063-021-00863-8.
- Seeger, I., Klausen, A., Thate, S. et al. (2021). Gemeindenotfallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. In: *Notfall Rettungsmed* 24. S. 194–202. doi: 10.1007/s10049-020-00715-6.
- Somasundaram, R. (2023). Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss: STAY@HOME – TREAT@HOME – Aufbau eines telemedizinisch unterstützten transsektoralen Kooperationsnetzwerkes von der Nachbarschaftshilfe bis zur Notfallversorgung für ambulante Pflegeempfangende. Online unter www.innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/stayathome-treatathome-aufbau-eines-telemedizinisch-unterstuetzten-transsektoralen-kooperations-netzwerkes-von-der-nachbarschaftshilfe-bis-zur-notfallversorgung-fuer-ambulante-pflegeempfangende.506 (Download am 13. März 2023).

- Starke, E., Lampferhoff, J. (2022). Hessenmodell SaN – Ein Schnittstellenmodell zur ambulanten Notfallversorgung. In: *Gesundheit und Sozialpolitik* 1/2022. S. 15–21. doi: 10.5771/1611-5821-2022-1-15.
- Statistisches Bundesamt – Destatis (2022). Grunddaten der Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1.1, S. 11. Online unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 13. März 2023).
- Trentzsch, H., Dodt, C., Gehring, C. et al. (2020). Analyse der Behandlungszahlen in den Münchener Notaufnahmen des Jahres 2013/2014. In: *Gesundheitswesen* 82 (05). S. 431–440. doi: 10.1055/a-0925-8989.
- Tuominen, J., Koivistoinen, T., Kannianen, J. et al. (2023). Early Warning Software for Emergency Department Crowding. arXiv:2301.09108.
- von Stillfried, D. (2022). Machbarkeitsstudie liefert pragmatische Lösungen zur Reform der Notfallversorgung. Wissenschaftliche Begleitung der Machbarkeitsstudie Rosenheim, Vortrag im Rahmen des Pressegesprächs vom 14. März 2022. Online unter www.zi.de/detailansicht/14-maerz-2022 (Download am 13. März 2023).
- von Stillfried, D., Czihal, T. und M. Erhart (2017). Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf. ZI-Paper 11/2017. Online unter www.zi.de/fileadmin/Migration/Zi-Paper_11-2017_Notfallversorgung.pdf (Download am 13. März 2023).
- von Stillfried, D. (2023). Medieninformation des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung vom 17. Februar 2023. Online unter www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/zi-bewertet-zahlen-der-regierungskommission-zur-inanspruchnahme-der-notfallversorgung-2009-2021 (Download am 13. März 2023).
- World Health Organisation – WHO (Hrsg.) (2022). Health and care workforce in Europe: time to act. Online unter www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339 (Download am 13. März 2023).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland – Zi (2022). Grafik des Monats Juni 2022. Online unter www.zi.de/detailansicht/juni-2022 (Download am 13. März 2023).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland – Zi (2022). Medieninformation vom 14. März 2022. Online unter www.zi.de/detailansicht/14-maerz-2022 (Download am 13. März 2023).

Zoch-Lesniak, B. und L. E. Kroll (2023). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: EINE Schnittstelle für die digitale Fallweitergabe zwischen 116117 und 112. Online unter www.zi.de/themen/it-und-data-science/messenger116117 (Download am 13. März 2023).