

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

## **Stellungnahme des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 09.01.2020**

### **Vorbemerkung**

Das Zi ist eine Stiftung des privaten Rechts. Stifter sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Satzungsgemäß unterstützt das Zi den Sicherstellungsauftrag seiner Stifter mit Methoden der Wissenschaft und Forschung und hat sich als Forschungseinrichtung in der Versorgungsforschung etabliert.

Im Rahmen seines Satzungsauftrags hat sich das Zi seit einigen Jahren auch mit der Akut- und Notfallversorgung in Deutschland beschäftigt und zur Problemanalyse im Bereitschaftsdienst und der ambulanten Versorgung in den Notaufnahmen sowie zu möglichen Reformperspektiven publiziert.

Auf Basis eigener Analysen und vom Zi vergebener Gutachten zu den Möglichkeiten einer besseren Inanspruchnahmesteuerung in der Akut- und Notfallversorgung hat das Zi gemeinsam mit externen Partnern unter Nutzung internationaler Erfahrungen das Strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren in Deutschland (SmED) entwickelt.<sup>1</sup> Über einen medizinischen Beirat sind hierbei auch unter anderem der Marburger Bund, die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) beratend in die Entwicklung von SmED einbezogen.

SmED wird nach Maßgabe der Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. Nr. 6 SGB V von den Terminservicestellen der KVen regelhaft zur Ersteinschätzung von Akutfällen gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V eingesetzt.

Zudem ist das Zi seit 2018 in regionalen Kooperationen von KVen und Rettungsleitstellen mit dem Ziel engagiert, gemeinsame Kriterien zur telefonischen Identifikation medizinischer Notfälle und deren Versorgung zu entwickeln. Ebenso existieren laufende Projekte mit einzelnen Notaufnahmen und Vertretern der Rettungsmedizin zur Entwicklung einer gemeinsamen Ersteinschätzung am Tresen. Die Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens für die telefonische Disposition und die Steuerung am Tresen wird in dem vom Innovationsfonds geförderten DEMAND-Projekt unter Konsortialführung des aQUA-Instituts unter Beteiligung von 11 KVen, rund 15 Krankenhäusern, dem Deutschen Krankenhaus-Institut (DKI) sowie mehreren Universitäten und Krankenkassen evaluiert.

Das Zi ist mit Schreiben der Projektgruppe Notfallversorgung des Bundesgesundheitsministeriums vom 10.01.2020 zur Stellungnahme aufgefordert worden.

---

<sup>1</sup> von Stillfried D, Czihal T, Meer A. Sachstandsbericht: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED) Notfall Rettungsmed 2019; 22(7): 578-588, <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0627-8>; von Stillfried D. Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland: Entstehung, Sachstand, Perspektiven. BOS-Leitstelle aktuell 2019; (4): 40-45

## Stellungnahme

Schwerpunktmäßig nimmt das Zi zu den im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen im Bereich des Einsatzes von Ersteinschätzungsverfahren Stellung; weitere Aspekte finden Berücksichtigung, zu denen das Zi aufgrund von Vorarbeiten bzw. aktuellen Projekten Stellung beziehen kann.

Die **Empfehlungen** des Zi lauten:

1. In § 133b Abs. 3 wird als neuer Satz 5 eingefügt: Die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 sind zu beachten.
2. In § 123 Abs. 3 wird als neuer Satz 6 eingefügt: Bei den Vorgaben zur Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens für notdienstliche Fälle nach Satz 5 Nr. 2 sind die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 zu beachten.
3. In § 60 Abs. 3 Satz 1 wird ergänzt, dass der Rettungsdienst im Rahmen von Vereinbarungen nach § 133b Abs. 3 auch geeignete Vertragsarztpraxen anfahren kann.
4. § 60 Abs. 2 Satz 3 wird ergänzt durch einen Verweis darauf, dass entsprechende Dispositionsentscheidungen auf Grundlage unabhängiger Informationen über verfügbare stationäre oder ambulante Versorgungskapazitäten zu treffen sind.
5. § 285 Abs. 1 SGB V wird um einen Verweis auf patientenidentifizierende Daten sowie Ergebnisse der Ersteinschätzung ergänzt, KVen können zudem Tonaufzeichnungen von Gesprächen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V vornehmen und diese zu Qualitätssicherungszwecken auswerten; § 75 Abs. 7 SGB V wird um die Richtlinienkompetenz zur Regelung des Datenaustausches im Rahmen von Vereinbarungen nach § 133b Abs. 3 ergänzt.
6. § 123 Abs. 2 Satz 1 wird so modifiziert, dass Integrierte Notfallzentren insbesondere im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu betreiben sind. Folgerichtig müssen insbesondere Abrechnungsmöglichkeiten für Vertragsärzte vorgesehen werden, die im INZ tätig werden.

## A. Grundlagen

1. Der Referentenentwurf führt eine Unterscheidung ein zwischen der medizinischen Versorgung in Notfällen und in Akutfällen:
  - a. Definition des medizinischen Notfalls in § 60 Abs. 1 S. 2 SGB V: Als Grundlage für den Leistungsanspruch auf medizinische Notfallrettung definiert der Gesetzgeber erstmalig den medizinischen Notfall als unmittelbare Lebensgefahr infolge von Verletzung oder Krankheit oder lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. schwere Schädigung des Gesundheitszustands, sofern nicht unmittelbare medizinische Versorgung erfolgt.
  - b. Definition der notdienstlichen Versorgung in § 75 Abs. 1b SGB V: Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) umfasst die vertragsärztliche Versorgung rund um die Uhr in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Davon ausgenommen ist die notärztliche Versorgung, also die Versorgung medizinischer Notfälle.

2. Mit dem Referentenentwurf werden zwei neue Institutionen zur Koordination der Versorgung von Akut- und Notfällen geschaffen:
  - a. Gemeinsames Notfallsystem (GNL) nach § 133b SGB V: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle (RLS) jeweils ein gemeinsames Notfallsystem einzurichten. KV und RLS gehen darin eine verbindliche Zusammenarbeit in organisatorischer und technisch-digitaler Form zur Disposition der notwendigen Versorgung in medizinischen Notsituationen ein. Dabei müssen sich die Kooperationspartner des GNL auf eine gemeinsame Abgrenzung von Akutversorgung (i.S. v. § 75 SGB V) und Notfallversorgung (i.S. v. § 60 SGB V) einigen.
  - b. Integrierte Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V: INZ sollen der Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung dienen und sind von KVen und Krankenhäusern gemeinsam als räumlich und wirtschaftlich abgegrenzte Einrichtungen an den vom erweiterten Landesausschusses benannten Standorten gemäß inhaltlicher Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu errichten und unter fachlicher Leitung der KV zu betreiben. Der GBA macht Vorgaben zu Art und Umfang der notdienstlichen Versorgung, zur Ausstattung und zur Durchführung einer qualifizierten medizinischen Ersteinschätzung.
3. GNL und INZ sollen gemäß § 133b Abs. 4 SGB V zur Gewährleistung einer effektiven und effizienten Versorgung zusammenarbeiten.

## **B. Bedeutung medizinischer Ersteinschätzungsverfahren**

Jedes medizinische Ersteinschätzungsverfahren enthält Kriterien, um medizinische Notfälle mit hoher Behandlungsdringlichkeit schnell und sicher zu identifizieren und weniger dringliche Fälle abzugrenzen. Folgerichtig erhalten strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren im Referentenentwurf instrumentelle Bedeutung, um im konkreten Fall eine Abgrenzung zwischen der Notfall- und der notdienstlichen Versorgung vorzunehmen.

Der Referentenentwurf legt dazu fest, dass anhand medizinischer Ersteinschätzungsverfahren sowohl im Rahmen von GNL als auch von INZ im Einzelfall über die jeweilige Zuständigkeit zu entscheiden ist.

So heißt es in § 133b Abs. 2: *„Das gemeinsame Notfallsystem vermittelt auf der Grundlage des Ersteinschätzungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 5 eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung in der gebotenen Versorgungsstruktur.“*

In § 133b Absatz 3 Satz 4 und 5 wird die Essenz des GNL beschrieben: *„Wesentlich für das gemeinsame Notfallsystem ist ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung. Hierzu vereinbaren die Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Ersteinschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung.“*

Eine vergleichbar zentrale Steuerungsfunktion hat das Ersteinschätzungsverfahren gemäß § 123 Absatz 1 zur Festlegung, welche Patienten in INZ notdienstlich versorgt, welche Patienten an die Notaufnahme weitergeleitet und welche Patienten in die ambulante Regelversorgung geleitet werden. Im Unterschied zu den GNL gelten in den INZ keine Vereinbarungen zwischen den KVen und den Krankenhäusern, sondern Vorgaben des GBA gemäß § 123 Absatz 3 Satz 3 Nummer 2 *„zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden“*.

### C. Bewertung

1. Im Rahmen der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass neben den oben genannten beabsichtigten Neuregelungen bereits jetzt medizinische Ersteinschätzungsverfahren auf gesetzlicher Grundlage eingesetzt werden.
  - a. Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber Wert darauf gelegt, dass die KVen im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung akuter Behandlungsanliegen durch die Terminservicestellen gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 SGB V ein bundeseinheitliches strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren nutzen und dazu der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nummer 6 SGB V die Richtlinienkompetenz übertragen. Auf Basis der Richtlinie ist ein entsprechendes strukturiertes Verfahren zur telefonischen Ersteinschätzung medizinischer Hilfeersuchen mit der vom Swiss Medical Assessment System (SMAS) adaptierten Strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland (SmED) bereits erfolgreich in den KVen implementiert worden.
  - b. Zudem haben die Notaufnahmen der Krankenhäuser nach Maßgabe der §§ 12 und 25 des GBA-Beschlusses zur gestuften Notfallversorgung vom 19.04.2018 zur Behandlungspriorisierung alle Patienten binnen 10 Minuten nach Eintreffen einer strukturierten medizinischen Ersteinschätzung zu unterziehen. Während das in den Terminservicestellen der KVen einzusetzende Verfahren neben einer Empfehlung zur Dringlichkeit einer Behandlung auch eine Empfehlung der medizinisch gebotenen Versorgungsebene bzw. –struktur enthalten muss, sollen die Triageverfahren in den Notaufnahmen alleine der Priorisierung der Behandlung dienen.
2. Somit bestehen in der Ausgangslage unterschiedliche Ansprüche an strukturierte Ersteinschätzungsverfahren. Durch den Referentenentwurf kommen weitere hinzu. Unbeschadet ihrer noch ausstehenden Konkretisierung im Einzelnen gleichen die in GNL und INZ einzusetzenden Verfahren dem Grunde nach dem Anforderungsprofil der Terminservicestellen an ein Ersteinschätzungsverfahren, denn in GNL und INZ ist jeweils nicht nur über die Dringlichkeit (Notfall?), sondern auch über die zur weiteren Behandlung richtige Versorgungsstruktur zu entscheiden.
3. Derzeit existieren in Deutschland mehr als 250 Rettungsleitstellen. Da nach dem jetzigen Regelungsentwurf für § 133b die KVen verpflichtet werden, auf Kooperationsansinnen der Träger einzugehen, ist grundsätzlich nicht auszuschließen, dass eine Vielzahl von Vereinbarungen geschlossen wird, die in Abgrenzungskriterien und Dispositionsempfehlungen voneinander und von Vorgaben des GBA zur Durchführung der Ersteinschätzung in INZ abweichen. Diese Heterogenität würde die nach § 133b Absatz 4 gebotene Kooperation zwischen GNL und INZ erschweren. Soweit ein Effekt auf die Dispositionen der notdienstlichen Versorgung nicht ausgeschlossen werden kann und somit eine einheitliche Anwendung von SmED auf dem Gebiet der notdienstlichen Versorgung untergraben würde, stünden solche lokal im Rahmen GNL und INZ wirkende Abweichungen in einem Widerspruch zur Richtlinienkompetenz der KBV gemäß § 75 Abs. 7 Nummer 6 SGB V.
4. Für die INZ soll der GBA Vorgaben zur *Durchführung* der Ersteinschätzung machen. Hierbei kann nicht nur auf die Dringlichkeit einer Behandlung abgehoben werden. Vielmehr ist die Ersteinschätzung ein Instrument, die Fälle zu erkennen, die das INZ unmittelbar zur Behandlung an die Notaufnahme weiterleiten muss bzw. welche Patienten besser in die Regelversorgung geleitet werden sollten. Wesentliche Kriterien hierbei werden neben der Dringlichkeit auch die zur weiteren Behandlung erforderlichen medizinischen Ressourcen

sein. Auf diese Kriterien wiederum wirken die Vorgaben des GBA zu Art und Umfang der notdienstlichen Versorgung und zu den apparativen und personellen Anforderungen.

5. Wegen der zentralen Funktionalität, die medizinische Ersteinschätzungsverfahren zur Erreichung einer effektiven und effizienten Arbeitsteilung zwischen der Notfall- und der notdienstlichen Versorgung und damit zu einer höheren Patientensicherheit beitragen können, sollte sichergestellt sein, dass sich die in den Terminservicestellen der KVen, in den GNL und in den INZ eingesetzten Verfahren im Hinblick auf Entscheidungskriterien, Endpunkte und Versorgungsdispositionen nicht substantiell widersprechen.

Dies kann dadurch sichergestellt werden, dass **in § 133b Abs. 3 als neuer Satz 5 eingefügt wird „Die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 sind zu beachten.“**

Ebenso sollte **in § 123 Abs. 3 als neuer Satz 6 eingefügt werden: „Bei den Vorgaben zur Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens für notdienstliche Fälle nach Satz 5 Nr. 2 sind die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 zu beachten.“**

6. Tatsächlich wäre eine entsprechende gesetzliche Anforderungen gut umsetzbar:
  - a. Inhaltlich ist SmED leicht anschlussfähig an strukturierte Fragenkataloge, die derzeit im Rettungsdienst Anwendung finden, etwa in den Vorgaben der ärztlichen Leiter Rettungsdienst sowie in entscheidungsunterstützenden Softwareprogrammen für Rettungsleitstellen. Hierbei ist in der Regel das ABCDE-Schema<sup>2</sup> in jeweils leicht abgewandelter Form maßgeblich, welches zur strukturierten Prüfung auf lebensbedrohliche Beeinträchtigungen der Vitalfunktionen herangezogen wird. In SmED werden Fragen zum ABCDE-Schema in einem ‚Vortriage‘ genannten Modul zusammengefasst, mit dem zu Beginn des Assessments geprüft wird, ob ein potenziell lebensbedrohlicher Notfall vorliegt. Wird eine dieser Fragen im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung positiv beantwortet, ist der Fall in der Regel sofort an den Rettungsdienst abzugeben. Die Ersteinschätzung durch SmED endet in diesem Fall nach wenigen Sekunden; die Dispositionssoftware der KVen generiert einen Datensatz, der an den Rettungsdienst weitergegeben werden kann. Liegt nach den ABCDE-Kriterien kein offenkundiger Notfall vor, setzen die Terminservicestellen der KVen SmED für differenziertere Fragen zur weiteren Einschätzung der Dringlichkeit und der angemessenen Versorgungsstruktur ein. SmED liefert mit dem Vortriage-Modul eine Grundlage für eine gemeinsame Fragestruktur zur klaren Abgrenzung der Kompetenzen zwischen der Notfall- und der notdienstlichen Versorgung sowie für die Übergabe eines telefonischen Hilfeersuchens von der 116117 an die 112 und umgekehrt. Dabei besteht Spielraum zur Vereinbarung gemeinsamer Dispositionsprinzipien, um regionale Versorgungsstrukturen in der Notfall- und in der notdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen.
  - b. Auch im Rahmen der notdienstlichen Versorgung in INZ müssen medizinische Notfälle schnell und sicher erkannt und in die Notaufnahme weitergeleitet werden. Hierbei müssen die Kriterien, nach denen eine Zuständigkeit der Notaufnahme besteht, vollständig abgebildet sein. Die Priorisierung der Behandlungen in der Notaufnahme kann hierdurch noch nicht festgelegt werden. Dies muss Aufgabe der jeweiligen Notaufnahme bleiben, die hierbei auch die direkten Zugänge aus dem Rettungsdienst berücksichtigen muss. Durch eine geeignete Vortriage können auch

---

<sup>2</sup> Münzberg M, Mahlke L, Bouillon B et al Sechs Jahre Advanced Trauma Life Support (ATLS) in Deutschland. Unfallchirurg 2010 113:561-567 DOI 10.1007/s00113-010-1765-0; ATLS Subcommittee. Advanced trauma life support (ATLS): the ninth edition. J TraumaAcute Care Surg 2013; 74(5): 1363-6 DOI: 1097/TA.0b013e3182b82f5

im INZ die Patienten mit einer offenkundigen Behandlungsnotwendigkeit in der Notaufnahme identifiziert werden. Dieses Vortriagemodul kann und muss jedoch anders als in den GNL konzipiert sein, da die Patienten anders als im Falle des telefonischen Hilfeersuchens in Augenschein genommen werden können. In vielen Bereitschaftspraxen an Notaufnahmen existieren daher bereits heute Kriterienraster zur schnellen Identifikation der Patienten für die Notaufnahme. Diese eignen sich als Grundlage einer Vortriage, an die sich im Falle medizinischer Notfälle unmittelbar das klinische Triageverfahren, im Falle potenziell notdienstlicher Fälle hingegen eine Einschätzung mit SmED anschließen kann.

7. Auf die Einheitlichkeit der Dispositionskriterien für notdienstliche Fälle ist auch deshalb zu achten, da **die Möglichkeit** in Betracht gezogen werden sollte, **dass der Rettungsdienst im Rahmen von GNL nicht nur INZ und Notaufnahmen anfährt, sondern - soweit nach mobiler Anwendung des strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens empfohlen - auch geeignete Vertragsarztpraxen.** Hierfür existieren bereits regionale Modellvorhaben. **Dies bedürfte einer entsprechenden Ergänzung in § 60 Abs. 3 Satz 1 des Referentenwurfs** und kann zu einer erheblichen Reduktion der sogenannten Fehlfahrten im Rettungsdienst beitragen, bei denen nach Bewertung des telefonischen Hilfeersuchens durch die Rettungsleitstelle zwar ein Einsatz ausgelöst wurde, im Rahmen der Inaugenscheinnahme des Patienten am Einsatzort jedoch Zweifel am Vorliegen eines medizinischen Notfalls bestehen. Hierbei sollte im Rahmen von GNL durch mobilen Einsatz des Ersteinschätzungsverfahrens die **Eignung einer notdienstlichen bzw. vertragsärztlichen Versorgung geprüft** werden und im Rahmen der Disposition auf **die gleichen Anforderungen zurück gegriffen werden können, die von den Terminservicestellen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V zur Beurteilung von Akutfällen** herangezogen werden.

#### D. Weitere Aspekte

##### ***Steuerung von Einsätzen des Rettungsdienstes nach erfolgter Ersteinschätzung***

Zu begrüßen ist, dass in § 60 Abs. 2 die **Disposition im Rettungsdienst einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt** wird, soweit hierdurch unnötige Belastungen der Vertrags- und Notärzte vermieden werden. **Es sollte jedoch klargelegt werden, dass entsprechende Dispositionsentscheidungen nicht zu einer Steuerung in bevorzugte Einrichtungen berechtigen. Vielmehr müssen neutrale Verteilssysteme genutzt werden** wie z.B. die Terminservicestelle der KVen oder IVENA, die eine Verfügbarkeit aller medizinisch geeigneten Einrichtungen der jeweiligen Versorgungsebene anzeigen.

##### ***Datenverarbeitung***

Die mit dem Referentenentwurf im Rahmen von GNL und INZ geforderte Koordination zwischen der Notfall- und der notdienstlichen Versorgung setzt präzise **Kompetenzzuweisungen zur elektronischen Datenspeicherung und -verarbeitung** voraus. Das Zi ist in verschiedene Pilotprojekte eingebunden, die sich dem Aufbau von GNL- und INZ-ähnlichen Kooperationsstrukturen widmen. Aufgrund dieser Erfahrungen bestehen Zweifel, ob die im Referentenentwurf bisher zur Datenverarbeitung vorgesehenen Regelungen ausreichen.

Gegenwärtig fehlen ausreichende Rechtsgrundlagen, um die systematisch und einheitlich eindeutige Identifikation von Patienten sicherstellen zu können, die zwischen Rettungsleitstellen und Terminservicestellen der KVen bzw. zwischen INZ und Notaufnahmen im Rahmen der

Ersteinschätzung weitergeleitet werden. Um Rechtssicherheit zu schaffen, müssen die jeweiligen Einrichtungen **explizit gesetzlich verpflichtet** werden, die **personenidentifizierenden Merkmale wie Name, Vorname, EGK-Nummer, Einsatzort, sowie Ergebnisse des Ersteinschätzungsverfahrens zu speichern, zu verarbeiten und an die disponierende bzw. behandelnde Stelle weiterzuleiten**. Dies ist auch erforderlich, um ein schnelles auf den jeweiligen Fall bezogenes Feedback zur Qualität der Ersteinschätzung durch die behandelnde Stelle zu ermöglichen. Für die Terminservicestellen der KVen entspräche dies einer Erweiterung des § 285 Abs. 1 SGB V; analog sind geeignete Regelungsstandorte für die Rettungsleitstellen und den Rettungsdienst, die INZ und die Krankenhäuser zu identifizieren. Zudem sollte § 75 Abs. 7 SGB V erweitert werden um die Möglichkeit, die verschiedenen Vereinbarungen zu GNL mit einer einheitlichen Schnittstelle bzw. Vorgaben für den Datenaustausch zwischen KVen und Rettungsleitstellen zu versehen.

Für die Terminservicestellen der KVen ist es zudem von Bedeutung, eine **Rechtsgrundlage für die Anfertigung von Tonaufzeichnung der Gespräche nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V und für deren Auswertung für Zwecke der Qualitätssicherung** zu erhalten. Da im Bereich der notdienstlichen Versorgung eine breite Spanne von Behandlungsanliegen vorgetragen wird, gibt es insbesondere bei der telefonischen Aufnahme dieser Anliegen einen relevanten Anteil, der sich trotz strukturierter Ersteinschätzungsverfahren nicht einfach einordnen lässt und ein laufendes Qualitätsmanagement, Mitarbeiterfortbildung sowie ggf. die Weiterentwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens erfordert.<sup>3</sup> Dies ist nicht allein anhand der dokumentierten Assessments zu leisten. Vielmehr bedarf es der Möglichkeit, anhand der Tonaufzeichnungen *und* der Ersteinschätzungsprotokolle laufend die Übersetzung des mitgeteilten Anliegens durch die Disponenten in die Struktur des Ersteinschätzungsverfahrens zu evaluieren. Dafür muss Rechtssicherheit geschaffen werden.

### Rechtlicher Rahmen für Einrichtung und Betrieb von INZ

Da sich das Zi satzungsgemäß wissenschaftlich mit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auseinandersetzt, wurden bereits im Vorfeld des Referentenentwurfs in Prüfung des Gutachtens des Sachverständigenrats Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung Berechnungen zum Personalbedarf in INZ durchgeführt. Demnach wäre **selbst eine vergleichsweise kleine Anzahl von INZ im 24/7-Betrieb rein rechnerisch nicht ohne spürbare Einschnitte in die bestehende hausärztliche Praxisstruktur zu besetzen**. Sofern **weitere fachärztliche Kompetenzen**, wie etwa chirurgisch-orthopädische, kinderärztliche, augenärztliche etc. zusätzlich vorgehalten werden müssten, würde dies bereits rein rechnerisch **einen erheblichen Teil der in der Regelversorgung verfügbaren Kapazitäten beanspruchen**.<sup>4</sup> Dies lässt unberücksichtigt, dass aufgrund fehlender Studienplätze sich bereits jetzt ein **zunehmender Engpass an ärztlichen Kapazitäten** sowohl in der stationären als auch in der vertragsärztlichen Versorgung aufbaut.<sup>5</sup>

Diese Eckpunkte sprechen dafür, dass Vorgaben zum Aufbau von INZ **möglichst keine zusätzlichen ärztlichen Ressourcen erfordern oder zumindest einen ausreichenden Gestaltungsspielraum lassen sollten, inhaltliche Anforderungen mit bestehenden Strukturen zu bedienen**. Dies wiederum würde erfordern, dass die **notdienstliche Versorgung auch durch Vertragsärzte erbracht und abgerechnet werden kann**, um etwa während der Praxisöffnungszeiten Vertragsarztpraxen mit der notdienstlichen Versorgung zu betrauen und außerhalb der Praxisöffnungszeiten auf bewährte

<sup>3</sup> Graversen DS, Pedersen AF, Carlsen H et al (2019) Quality of out-of-hours telephone triage by general practitioners and nurses: development and testing of the AQTT – an assessment tool measuring communication, patient safety and efficiency. Scandinavian Journal of Primary Health Care 37(1): 18-29, DOI 10.1080/02813432.2019.1568721; Derkx H (2010) For your ears only. Quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands. Lambert Academic Publishing ISBN 978-3-8383-4723-3

<sup>4</sup> Quelle: <https://www.zi.de/presse/archiv/pressemitteilungen/2016/13-oktober-2016/>

<sup>5</sup> Quelle: <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/25-mai-2019/>

Modelle der Bereitschaftsdienstorganisation bzw. Kooperationsverträge mit Krankenhäusern zurückgreifen zu können. Die Öffnung, **INZ durch Kooperationsverträge** zu betreiben, anstatt durch eigene Gesellschaften, reduziert das Problem ggf. erforderlicher personeller und apparativer Doppelvorhaltungen erheblich. Hierfür existieren bereits in vielen KV-Bereichen Vorlagen. Exemplarisch dürfen wir mit Zustimmung der KV Berlin ein **Beispiel als Anlage** beifügen.

06.02.2020

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Der Vorstand