

Bremen, 22. Februar 2021

PD Dr. jur. Heike Delbanco

## **Arbeitspapier „Weiterentwicklung der Notfallversorgung im Land Bremen“ beschlossen von der Delegiertenversammlung am 8. März 2021**

### **I. Problem**

Die zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser im Land Bremen sind überlastet: sie hatten in den letzten Jahren eine stetig wachsende Zahl an Patienten zu versorgen, und zwar nicht nur in der Nacht, sondern auch am Tag. Das gleiche gilt für die Notaufnahmen der Fachkliniken. Circa 30-40 % der Patienten, die in die Notaufnahme der Krankenhäuser kommen, benötigen keine stationäre Behandlung, sondern könnten ambulant behandelt werden. Auch im Rettungsdienst steigt die Zahl der Einsätze kontinuierlich; in Bremen ist eine jährliche Zunahme von 3.000 Einsätzen zu verzeichnen. Da zugleich die Zahl der „kritischen“ Einsätze konstant bleibt, deutet dies auf eine Fehlinsprachnahme hin.

### **II. Auftrag und Besetzung**

Die Delegiertenversammlung hat im Juni 2020 eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die Ideen entwickeln soll, um die Notfallversorgung im Land Bremen zeitgemäß weiterzuentwickeln.

Der Arbeitsgruppe gehören Ärztinnen und Ärzte aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie dem Rettungsdienst an:

Frau Dr. Blümel, niedergelassene Hausärztin, BHV  
Herr Dr. Callies, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, HB  
Herr Fierlings, Chefarzt der Notaufnahme, KBR, BHV  
Herr Dr. Gabert, niedergelassener Hausarzt, Notdienst HB Nord  
Frau Dr. Gal, Chefärztin der Zentralen Notaufnahme, KBM, HB  
Herr Dr. Hermes, Klinikdirektor der Zentralen Notaufnahme, KBM, HB  
Herr Kückelmann, niedergelassener Hausarzt, HB  
Herr Dr. Kurschel, niedergelassener Hausarzt, BHV  
Herr Dr. Langenbeck, Chefarzt der Notaufnahme, RKK, HB  
Frau Dr. Serowski, niedergelassene Hausärztin, HB  
Herr Dr. Trapp, niedergelassener Kinderarzt, Vorsitzender der VV der KVHB, HB  
Herr Dr. Wösten, Chefarzt der Notaufnahme, KBN, HB

Frau Dr. Delbanco und Herr Cordes begleiten die Arbeitsgruppe von hauptamtlicher Seite. Insgesamt haben fünf Sitzungen stattgefunden: am 27. August 2020, am 5. Oktober 2020, am 9. November 2020 (digital), am 14. Dezember 2020 (digital) und am 25. Januar 2021 (digital).

### **III. Zielsetzung**

Ziel ist eine „sektorenübergreifende Notfallversorgung aus einer Hand“; Doppelstrukturen sind zu vermeiden. Notwendig ist eine intelligente Steuerung der Patientenströme in die für sie geeignete und notwendige Versorgungsebene, um dauerhaft an 7 Tagen 24 Stunden eine optimale und ressourcengerechte Patientenversorgung sicherstellen zu können. Dazu müssen die Notaufnahmen in Krankenhäusern von Patienten entlastet werden, die keine stationäre Versorgung benötigen. Auch die Zahl der nicht indizierten Einsätze im Rettungsdienst muss reduziert werden. Es gilt der Grundsatz ambulant vor stationär.

### **IV. Ergebnisse der Arbeitsgruppe**

#### **1. Steuerung der Patientenströme durch einen einheitlichen Zugang**

**Problem:** Heute entscheidet der Patient, welche Notfallversorgungsstruktur er nutzt. Dadurch kommt es zu unnötigen Inanspruchnahmen der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes z.B. durch Fehleinschätzung der eigenen Beschwerden oder Unkenntnis der ambulanten Strukturen.

**Lösung:** Die Patientenströme müssen gesteuert werden, eine vernünftige Steuerung ist nur mit einem einheitlichen Zugang zur Notfallversorgung möglich. Nicht der Patient entscheidet, welche Struktur er nutzt, sondern qualifiziertes Personal weist den Patienten der für ihn richtigen Versorgungsstruktur zu. Dies gelingt nur, wenn der Zugang zur Notfallversorgung über eine einheitliche Rufnummer – einen einheitlichen Trichter – erfolgt. Sinnvollerweise werden die Anrufe über die bestehenden Notrufnummern (116117, 112, 19222) zusammengefasst und bei einer zentralen Abfragestelle gebündelt. Dadurch liegt die Entscheidung, welcher Zweig der Notfallversorgung in Anspruch genommen wird, nicht mehr beim Patienten, sondern bei einer hierfür qualifizierten Person.

#### **2. Qualifizierte Ersteinschätzung auf allen Versorgungsebenen**

**Problem:** Nach derzeitiger Rechtslage können Patienten direkt – ohne Anmeldung und ohne Zuweisung – die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen. Im Krankenhaus findet in der Notaufnahme eine qualifizierte Ersteinschätzung durch nichtärztliches Personal statt (siehe <https://www.bdc.de/safety-clip-qualifizierte-ersteinschaetzung-in-der-notaufnahme>). Die qualifizierte Ersteinschätzung in der Notaufnahme erfolgt allerdings mit dem Ziel, die notwendige Priorisierung der Behandlung in der Notaufnahme verlässlich abschätzen zu können. Ihr Ziel ist es nicht, Non-Notfälle in andere Strukturen weiterzuleiten. Im Krankenhaus muss für die Entscheidung

über die Weiterleitung eines Patienten in die ambulante Versorgungsebene der Facharztstandard gewahrt sein. Dies bedeutet, dass derzeit ein Patient nur „weitergeleitet“ werden darf, wenn ein Facharzt zu der Einschätzung gelangt ist, dass eine weitere Versorgung im Krankenhaus nicht erforderlich ist. Dies bindet nicht nur personelle Ressourcen, sondern bedingt häufig auch den Einsatz zahlreicher apparativer Diagnostik.

**Lösung:** Auf allen Versorgungsebenen - auch im Krankenhaus – muss eine qualifizierte Ersteinschätzung unterhalb des ärztlichen Niveaus durch entsprechend geschultes nichtärztliches Personal unter Einsatz einheitlicher, zertifizierter Systeme erfolgen. Patienten, die keiner stationären Behandlung bedürfen, werden nach einer qualifizierten Ersteinschätzung durch geschultes nichtärztliches Personal in die ambulante Versorgung weitergeleitet (Partnerpraxen, Ärztlicher Bereitschaftsdienst).

### **3. Gesetzliche Regelung der Standards für den Zugang zur Notfallversorgung**

**Problem:** Die qualifizierte Ersteinschätzung durch geschultes nichtärztliches Personal im Krankenhaus mit der möglichen Weiterleitung in die ambulante Versorgung muss rechtlich flankiert werden durch entsprechende klarstellende Haftungsregelungen. Diese müssen deutlich machen, dass in allen Notfallversorgungsstrukturen – auch im Krankenhaus - die qualifizierte Ersteinschätzung durch nichtärztliches Personal anhand von zertifizierten Systemen der geschuldete medizinische Standard für den Zugang zur Notfallversorgung ist.

**Lösung:** Es sind klarstellende haftungsrechtliche Regelungen erforderlich (zB im Bürgerlichen Gesetzbuch oder in einem „Gesetz zur Reform der Notfallversorgung“), die in allen Versorgungsstrukturen die qualifizierte Ersteinschätzung durch nichtärztliches Personal mit Hilfe von zertifizierten Systemen als medizinischen Standard für den Zugang zur Notfallversorgung festschreiben und so für alle Beteiligten in der Notfallversorgung Rechtssicherheit schaffen.

### **4. Vernetzung der Strukturen der Notfallversorgung**

Eine Weiterleitung aus dem Krankenhaus oder dem Rettungsdienst in den ambulanten Bereich setzt zwingend voraus, dass alle Strukturen der Notfallversorgung –Notaufnahmen der Kliniken, Arztpraxen, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst – miteinander vernetzt werden. Hierzu bietet sich eine Vernetzung über IVENA an.

#### **a) Vernetzung der stationären und ambulanten Strukturen**

**Problem:** Kommt das Krankenhauspersonal bei der qualifizierten Ersteinschätzung zu dem Ergebnis, dass keine Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung besteht, der Patient aber ärztlicher Behandlung bedarf, muss er in eine Arztpraxis oder zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst weitergeleitet werden. Wichtig ist deshalb, dass die Mitarbeiter der Notaufnahmen den Patienten gut erreichbare Alternativen aufzeigen können. Diese Alternativen sollten möglichst fußläufig erreichbar sein. Die vom BMG in die Diskussion gebrachten INZ können dies nicht leisten, da sie nicht flächendeckend an Bremer Krankenhäusern eingerichtet werden können.

**Lösung:** Die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die ambulanten Strukturen (Partnerpraxen und Ärztlicher Bereitschaftsdienst) müssen über IVENA vernetzt werden, so dass die Patienten nach der qualifizierten Ersteinschätzung im Krankenhaus verbindlich in die ambulanten Strukturen verwiesen werden können. Die Partnerpraxen müssen in ausreichender Zahl vorhanden sein und räumlich verteilt im Stadtgebiet Bremen, Bremen-Nord und Bremerhaven liegen, damit sie möglichst fußläufig von den Notaufnahmen erreichbar sind. Freie Kapazitäten der Partnerpraxen werden über IVENA ermittelt.

#### **b) Vernetzung der rettungsdienstlichen und ambulanten Strukturen**

**Problem:** Bislang fährt der Rettungsdienst nur die Notaufnahmen in den Krankenhäusern an, nur im Ausnahmefall den Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Dies ist rechtlich nicht zwingend, da nach dem Bremischen Rettungsdienstgesetz der Rettungsdienst Notfallpatienten „in eine für die weitere Behandlung geeignete Behandlungseinrichtung zu befördern hat“ (§ 24 Abs. 2 Nr. 1 und 2 BremHilfeG). Unabhängig davon, dass Patienten, die in der ambulanten Versorgung richtig aufgehoben wären, häufig keine Notfälle im Sinne des Rettungsdienstgesetzes sind (Notfallpatienten werden dort definiert als „lebensbedrohlich Verletzte oder Kranke“), erlaubt die zitierte Regelung des Bremischen Rettungsdienstgesetzes eine Weiterleitung in „eine für die Behandlung geeignete Behandlungseinrichtung“. Die Weiterleitung in den ambulanten Versorgungssektor scheitert bislang an der fehlenden Vernetzung von Rettungsdienst und Partnerpraxen.

**Lösung:** Der Rettungsdienst muss Patienten direkt in die ambulante Versorgung übergeben können, tagsüber in die Partnerpraxen, außerhalb der Sprechzeiten an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Notwendig dafür ist eine Einbindung der Partnerpraxen in IVENA.

### **5. Verbreiterung des Fachspektrums der Partnerpraxen**

**Problem:** Die Beschwerden, mit denen Patienten den Rettungsdienst rufen oder direkt die Notaufnahmen aufsuchen, sind breitgefächert. Deshalb sollten nicht nur Hausärzte, sondern auch ein breites Spektrum an Facharztpraxen als Partnerpraxen eingebunden werden. Sinnvoll sind

neben Hausärzten auch Kinder- und Jugendärzte, Orthopäden und Chirurgen, Urologen, Gynäkologen, HNO-Ärzte und Augenärzte.

**Lösung:** Nicht nur Hausarztpraxen, sondern auch Facharztpraxen müssen als kooperierende Partnerpraxen eingebunden werden.

## **V. Forderungen der Arbeitsgruppe**

### **1. Einheitlicher Zugang**

Die Patientenströme müssen gesteuert werden, eine vernünftige Steuerung ist nur mit einem einheitlichen Zugang zur Notfallversorgung möglich. Nicht der Patient entscheidet, welche Struktur er nutzt, sondern qualifiziertes Personal weist den Patienten der für ihn richtigen Versorgungsstruktur zu. Dies gelingt nur, wenn der Zugang zur Notfallversorgung über eine einheitliche Rufnummer – einen einheitlichen Trichter – erfolgt. Sinnvollerweise werden die Anrufe über die bestehenden Notrufnummern (116117, 112, 19222) zusammengefasst und bei einer zentralen Abfragestelle gebündelt.

### **2. Qualifizierte Ersteinschätzung auf allen Versorgungsebenen**

Auf allen Versorgungsebenen - auch im Krankenhaus – muss eine qualifizierte Ersteinschätzung unterhalb des ärztlichen Niveaus durch entsprechend geschultes nichtärztliches Personal unter Einsatz einheitlicher, zertifizierter Systeme erfolgen. Patienten, die keiner stationären Behandlung bedürfen, werden nach einer qualifizierten Ersteinschätzung durch geschultes nichtärztliches Personal in die ambulante Versorgung weitergeleitet (Partnerpraxen, Ärztlicher Bereitschaftsdienst).

### **3. Gesetzliche Regelung der Standards**

Es sind klarstellende haftungsrechtliche Regelungen erforderlich (zB im Bürgerlichen Gesetzbuch oder in einem „Gesetz zur Reform der Notfallversorgung“), die in allen Versorgungsstrukturen die qualifizierte Ersteinschätzung durch nichtärztliches Personal mit Hilfe von zertifizierten Systemen als medizinischen Standard für den Zugang zur Notfallversorgung festschreiben und so für alle Beteiligten in der Notfallversorgung Rechtssicherheit schaffen.

### **4. Vernetzung der Strukturen der Notfallversorgung**

Eine Weiterleitung aus dem Krankenhaus oder dem Rettungsdienst in den ambulanten Bereich setzt zwingend voraus, dass alle Strukturen der Notfallversorgung –Notaufnahmen der Kliniken, Arztpraxen, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst – miteinander vernetzt werden. Hierzu bietet sich eine Vernetzung über IVENA an.

### **a) Vernetzung der stationären und ambulanten Strukturen**

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die ambulanten Strukturen (Partnerpraxen und Ärztlicher Bereitschaftsdienst) müssen über IVENA vernetzt werden, so dass die Patienten nach der qualifizierten Ersteinschätzung im Krankenhaus verbindlich in die ambulanten Strukturen verwiesen werden können. Die Partnerpraxen müssen in ausreichender Zahl vorhanden sein und räumlich verteilt im Stadtgebiet Bremen, Bremen-Nord und Bremerhaven liegen, damit sie möglichst fußläufig von den Notaufnahmen erreichbar sind. Freie Kapazitäten der Partnerpraxen werden über IVENA ermittelt.

### **b) Vernetzung der rettungsdienstlichen und ambulanten Strukturen**

Der Rettungsdienst muss Patienten direkt in die ambulante Versorgung übergeben können, tagsüber in die Partnerpraxen, außerhalb der Sprechzeiten an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Notwendig dafür ist eine Einbindung der Partnerpraxen in IVENA.

## **6. Verbreiterung des Fachspektrums der Partnerpraxen**

Nicht nur Hausarztpraxen, sondern auch Facharztpraxen müssen als kooperierende Partnerpraxen eingebunden werden. Sinnvoll sind neben Hausärzten auch Kinder- und Jugendärzte, Orthopäden und Chirurgen, Urologen, Gynäkologen, HNO-Ärzte und Augenärzte.