

KONZEPTPAPIER DER



BUNDESÄRZTEKAMMER

---

# Akut- und notfallmedizinische Versorgung aus ärztlicher Perspektive



## Kernelemente der Akut- und Notfallversorgung

1. **Kompetenzen und Kenntnisse der Bevölkerung zur Versorgung im Akut- und Notfall gezielt fördern**  
.....
2. **Gemeinsame bzw. vernetzte Leitstellen als Ausgangspunkt für definierte Versorgungspfade in der Akut- und Notfallversorgung etablieren**  
.....
3. **Notfallmedizinische Strukturen durch Telemedizin entlasten**  
.....
4. **Beratungs- und Versorgungsstrukturen für Hilfsbedarfe jenseits rein medizinischer Akut- und Notfälle einbinden**  
.....
5. **Den Rettungsdienst als wesentliche Säule der Akut- und Notfallversorgung reformieren**  
.....
6. **Kooperative Anlaufstellen der Akut- und Notfallversorgung vor Ort ausgestalten**  
.....
7. **Vernetzung und Datenintegrität schaffen**  
.....
8. **Resilienz der Akut- und Notfallversorgung gewährleisten**  
.....
9. **Finanzierung von Strukturaufbau und Vorhalteleistungen sichern**  
.....
10. **Regionale Strukturen und Besonderheiten berücksichtigen**  
.....
11. **Sinnvolle Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen schaffen**  
.....
12. **Ärztliche Qualifikationen und Qualität in ärztlicher Hand**  
.....

Seit mehr als zehn Jahren wird in der Fachwelt sowie in Medien, Gesellschaft und Politik eine Diskussion um die zunehmende Überfüllung und mögliche Fehlnutzung von Notaufnahmen, Bereitschaftsdienstpraxen und den weiteren Strukturen der Akut- und Notfallversorgung geführt.<sup>1 2</sup>

Trotz vereinzelter gesetzgeberischer Maßnahmen und trotz hohen Engagements der Akteure vor Ort konnten die wesentlichen Missstände bei der Versorgung von Akut- und Notfällen bislang nicht behoben werden. Eine Steuerung der Patientinnen und Patienten in die am besten geeignete Versorgungsebene erfolgt nach wie vor weitestgehend nicht.<sup>3</sup>

Auch eine Vernetzung und digitaler Informationsaustausch zwischen den Akteuren scheitern bislang sowohl am Fehlen entsprechender digitaler Lösungen und Schnittstellenfunktionen als auch an der unzureichenden Standardisierung und Interoperabilität medizinischer Informationen.<sup>4</sup>

Zudem gestaltet sich die Weiterleitung von Notfällen in ambulante und stationäre Einrichtungen der Regelversorgung aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen oftmals als schwierig.<sup>5</sup>

Die Bundesärztekammer und die (Landes-)Ärztekammern sehen sich in der Pflicht, die Reform der Akut- und Notfallversorgung mitzugestalten und wesentliche Kriterien und Ansatzpunkte für das Gelingen einer Notfallreform vorzulegen.

Die Kammern vertreten die Perspektive der Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Patientinnen und Patienten aus allen Versorgungsbereichen, sie kennen die Gegebenheiten vor Ort und können wesentlich zu einer sektorenübergreifenden Konsensfindung in strittigen Punkten beitragen. Eine umfassende Reform der Akut- und Notfallversorgung betrifft zudem Kernaufgaben der Kammern, wie die Qualifikation durch Fort- und Weiterbildung und die Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte.

Die Bundesärztekammer hat zu den Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland ausführliche Positionierungen vorgelegt.<sup>6</sup>

Das nun vorgelegte Konzeptpapier skizziert die Forderungen der Bundesärztekammer zur zukünftigen Ausgestaltung einer patientengerechten sektorenübergreifenden und damit sektorenverbindenden akut- und notfallmedizinischen Versorgung aus ärztlicher Perspektive.

---

1 [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/2017-05-09\\_Rahmenbedingungen\\_Versorgung\\_in\\_Notfallpraxen\\_und\\_Notaufnahmen-Anregungen\\_mit\\_Deckblatt.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/2017-05-09_Rahmenbedingungen_Versorgung_in_Notfallpraxen_und_Notaufnahmen-Anregungen_mit_Deckblatt.pdf) [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

2 <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

3 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/193509/Patienten-in-Notfallambulanzen> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

4 [https://band-online.de/wp-content/uploads/2023/05/230530\\_BAND-Statement\\_Digitalisierung1.pdf](https://band-online.de/wp-content/uploads/2023/05/230530_BAND-Statement_Digitalisierung1.pdf) August 2023 [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

5 [https://www.dgina.de/images/news/2022/ergebnisse\\_gesamt.pdf](https://www.dgina.de/images/news/2022/ergebnisse_gesamt.pdf) [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

6 <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallversorgung> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

## 1. Kompetenzen und Kenntnisse der Bevölkerung zur Versorgung im Akut- und Notfall gezielt fördern

Menschen mit akuten, beunruhigenden und/oder bedrohlichen Symptomen und Krankheitszeichen müssen zwischen einer Vielzahl an Handlungsoptionen (Abwarten, Selbsthilfe oder Beanspruchung medizinischer Hilfe), Akteuren der medizinischen Versorgung (Haus- oder fachärztliche Praxis, vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst, Notaufnahme eines Krankenhauses) und Zugangswegen (direkte Terminvereinbarung in einer Praxis bzw. offene und Notfallsprechstunden einer Praxis, die Rufnummern 116 117 (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) oder 112 (Rettungsdienst), Selbsteinweisung Notaufnahme) wählen. Vielen Menschen bereitet dies Schwierigkeiten.<sup>7 8</sup>

### ➔ Forderungen der Ärzteschaft

- ➔ Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbildung vom Kindesalter an.<sup>9</sup>
  - ➔ Aufnahme von Gesundheitsbildung in den Schulunterricht. Dazu sollte unter Mitwirkung der Ärzteschaft eine konzertierte Aktion mit den Vertretern aus dem Bildungswesen angestoßen werden mit dem Ziel, die Vermittlung von Gesundheitswissen in die Lehrpläne aufzunehmen.
  - ➔ Verpflichtende Einführung von mindestens zwei Schulstunden jährlich in Wiederbelebung, beginnend mit Jahrgangsstufe 7 und fortgesetzt bis zum Ende der Schulzeit.
- ➔ Information und Aufklärung der Bevölkerung.
  - ➔ Beauftragung einer barrierefreien, mehrsprachigen und multimedialen Aufklärungs- und Informationskampagne für unterschiedliche und insbesondere auch vulnerable, schwer erreichbare Zielgruppen, die sofort starten und laufend an die Entwicklungen der Notfallreform angepasst werden muss. Ziel der Kampagne ist, dass möglichst viele Menschen die vorgesehenen Versorgungspfade der Notfallversorgung kennen und nutzen.

<sup>7</sup> <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/41738.php> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>8</sup> <https://www.springermedizin.de/rettungsdienst-kassenaerztlicher-notdienst-oder-notaufnahme/19086502> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>9</sup> <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/gesundheitskompetenz> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

## 2. Gemeinsame bzw. vernetzte Leitstellen als Ausgangspunkt für definierte, verbindliche Versorgungspfade in der Akut- und Notfallversorgung etablieren

Angeichts von Ärzte- und Fachkräftemangel, zunehmendem Versorgungsbedarf sowie zur Vermeidung von Fehlinanspruchnahmen von Rettungsdienst, Notaufnahmen und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst sind leistungsfähige, zuverlässige und verbindliche Systeme zur Versorgungssteuerung unumgänglich.

### ➔ Forderungen der Ärzteschaft

- ➔ Strikte Umsetzung des Prinzips, nach dem alle Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden und in Notfällen zunächst über die 116 117 bzw. die 112 eine gemeinsame Leitstelle von KV und Rettungsdienst kontaktieren. Gemeinsame Leitstellen können durch virtuelle Vernetzung der bestehenden Leitstellen gebildet werden.
- ➔ Gewährleistung eines finanziell abgesicherten Struktur- und Personalaufbaus statt der Einführung von Benchmarks. Sanktionen, wie sie zum Beispiel von der Regierungskommission empfohlen wurden, sind kein probates Mittel, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.
- ➔ Gewährleistung von Verbindlichkeit der Zuweisungsentscheidung, primär über zielgerichtete Information und über zielgerichtete Anreize, z. B. eine bevorzugte Behandlung innerhalb gleicher Dringlichkeitsstufen bei Einhaltung des vorgesehenen Zugangs- und Versorgungspfades.
- ➔ Bundesweite Einführung einer standardisierten und validierten medizinischen Ersteinschätzung für die Ermittlung von Dringlichkeit der Behandlung und adäquater Versorgungsebene,<sup>10 11</sup> telefonisch oder per Videokonsultation, als Selbsteinschätzung per App für PC, Tablet oder Smartphone. Bei der Zuweisung sollte auch die potenziell benötigte Infrastruktur (Labor, bildgebende Verfahren etc.) berücksichtigt werden.
- ➔ Abstimmung der Algorithmen der Ersteinschätzung der Leitstelle und der Ersteinschätzung vor Ort. Idealerweise gibt es perspektivisch ein durchgängiges System.
- ➔ Integration des Notarztindikationskataloges (NAIK) der Bundesärztekammer<sup>12</sup> zur Disposition von Notärztinnen und Notärzten in das Ersteinschätzungsinstrument der integrierten Regionalleitstellen, Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen.
- ➔ Vermittlung der Patientinnen und Patienten soweit möglich in die Regelversorgung. Dafür müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die in Arztpraxen die ausreichende Bereitstellung von Notfall-Terminen ermöglichen und diesbezügliche statistische Erfassungen zulassen.

<sup>10</sup> <https://smed.zi.de/> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>11</sup> <http://optinofaprojekt.uni-goettingen.de/startseite/> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>12</sup> <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/medizin-und-ethik/wissenschaftlicher-beirat/stellungnahmen-richtlinien-jahresberichte/weitere-themen/naik> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

### Forderungen der Ärzteschaft

- Der aufsuchende ärztliche Bereitschaftsdienst ist gezielt immobilen Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf vorzubehalten und über die Leitstellen (vorzugsweise 116 117) zu disponieren (dringender Hausbesuchsdienst).
- Gewährleistung einer angemessenen telefonischen Erreichbarkeit der Leitstellen.

### 3. Notfallmedizinische Strukturen durch Telemedizin entlasten

Modellprojekte haben gezeigt, dass sich durch eine telefonische oder telemedizinische (ärztliche) Beratung viele Beratungsanlässe abschließend klären lassen.<sup>13 14</sup> Die übrigen notfallmedizinischen Strukturen werden dadurch maßgeblich entlastet.

#### Forderungen der Ärzteschaft

- ➔ Zügige Umsetzung der diesbezüglich geplanten Maßnahmen aus dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVGPMG).<sup>15</sup>
- ➔ Flächendeckende Einführung von über die gemeinsamen Leitstellen vermittelten Videosprechstunden im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Dafür muss es entsprechende Anreize geben.
- ➔ Schaffung von Rahmenbedingungen für eine Weiterleitung von Hilfesuchenden aus der telemedizinischen Beratung in die Regelversorgung mit direkter Terminvergabe.
- ➔ Schaffung von Rahmenbedingungen für die Nutzung der relevanten Anwendungen der Telematikinfrastruktur (ePA, eRezept, eAU), ohne dass vor Ort die eGK eingelesen werden muss. Nutzung der eIdentität (eID) des Versicherten in den Fällen, in denen der Patient mitwirkungsfähig ist. Zugriff auf eNotfalldaten als Inhalt der ePA ohne Mitwirkung des Patienten, d.h. ohne Nutzung eID oder eGK (Break-Glass-Szenario).
- ➔ Umsetzung von angemessenen Finanzierungsregelungen für telemedizinische ärztliche Notfallberatungen.
- ➔ Regelmäßige Evaluation der flächendeckenden Einführung von Videosprechstunden zur notfallmedizinischen Beratung durch eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung.

<sup>13</sup> [https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/presse/pressebriefing\\_20240220.pdf?v=1708431959](https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/presse/pressebriefing_20240220.pdf?v=1708431959)  
[zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>14</sup> <https://kv-innovationsscout.de/projekte> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>15</sup> §87 SGB V Abs. 2a: Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die nach dem Schweregrad zu differenzierenden Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sowie bis zum 31. März 2022 Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten;

#### 4. Beratungs- und Versorgungsstrukturen für Hilfsbedarfe jenseits rein medizinischer Akut- und Notfälle einbinden

Einigen Patientinnen und Patienten, die sich an den Rettungsdienst, den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen wenden, kann mithilfe komplementärer, z. B. sozialpsychiatrischer, Versorgungsangebote besser geholfen werden.<sup>16</sup>

##### Forderungen der Ärzteschaft

- Einbindung, Finanzierung und Zugriffsmöglichkeiten von Versorgungsangeboten wie Notfallpflege, Kurzzeitpflege, Palliativversorgung, sozialpsychiatrische Dienste und Sozialdienste in den Rettungsdienst sowie auch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen.
- Gewährleistung einer zeitnahen Verfügbarkeit dieser Dienste bei entsprechendem Bedarf.
- Für die Vermittlung nicht-ärztlicher Versorgungsangebote muss eine ärztliche Rücksprachemöglichkeit gewährleistet werden.
- Regelmäßige Evaluation der Einbindung komplementärer Dienste in die Akut- und Notfallversorgung, insbesondere auch zu der Fragestellung, inwieweit die neuen Versorgungsangebote tatsächlich zu einer Entlastung des Systems beitragen.

<sup>16</sup> <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-022-00981-x> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]



## 5. Den Rettungsdienst als wesentliche Säule der Akut- und Notfallversorgung reformieren

Die Rahmenvorgaben des Rettungsdienstes als „Transportleistung“ werden den heutigen Anforderungen an die präklinische Akut- und Notfallmedizin nicht gerecht. Der Rettungsdienst in Deutschland kämpft seit vielen Jahren mit einer Überlastung und einer unregelmäßigen Nutzung.<sup>17</sup> Fehlanreize für nicht indizierte Transporte müssen beseitigt werden.

### ➔ Forderungen der Ärzteschaft

- ➔ Gewährleistung von Rahmenbedingungen, einschließlich Finanzierungsregelungen, für eine fallabschließende Behandlung im Rettungsdienst durch eine Ärztin/einen Arzt vor Ort bzw. telemedizinisch.
- ➔ Gewährleistung von Rahmenbedingungen, einschließlich Finanzierungsregelungen, für Transportmöglichkeiten in eine Vertragsarztpraxis bzw. Übergabe an den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Dazu müssen dem Rettungsdienst die Kapazitäten und Öffnungszeiten dieser Praxen vorliegen.<sup>18</sup>
- ➔ Sicherstellung ausreichender Kapazitäten für den Interhospitaltransfer als Teil des Rettungsdienstes im Rahmen der Krankenhausreform.
- ➔ Sofern der Rettungsdienst, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, ins SGB V aufgenommen wird, ist zu beachten:
  - ➔ Sicherstellung einer angemessenen Leistungsvergütung und Investitionskostenfinanzierung
  - ➔ Einbindung rettungsdienstlicher Kompetenzen, auch der Ärztekammern, bei der Ausgestaltung bundeseinheitlicher Struktur- und Prozessvorgaben.
- ➔ Umfassende Einbindung von Telemedizin in den Rettungsdienst.
  - ➔ Flächendeckende Einführung eines Telenotarztensystems zur Unterstützung der Notärztinnen und Notärzte und des Rettungsdienstpersonals vor Ort vor Eintreffen der Notärztin/des Notarztes. Notwendige notärztliche Einsätze vor Ort dürfen dabei nicht mit Verweis auf telemedizinische Verfahren unterbleiben.
  - ➔ Nutzung des Curriculums „Telenotärztin/Telenotarzt“ der Bundesärztekammer als Grundlage für bundeseinheitliche Standards.<sup>19</sup>
  - ➔ Integration in den Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer, wenn die Daten- und Studienlage die Formulierung von evidenzbasierten Indikationen für eine Zuschaltung ärztlicher Kompetenz auf telemedizinischer Basis (sog. „Telenotarzt“) bereits bei Disposition erlaubt.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/notfallversorgung-rettungsdienst-in-deutschland> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>18</sup> <https://www.kvhessen.de/praxis-management/san-projekt> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>19</sup> [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum\\_Telenotarzt\\_Telenotaerztin.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Telenotarzt_Telenotaerztin.pdf) [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>20</sup> <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/medizin-und-ethik/wissenschaftlicher-beirat/stellungnahmen-richtlinien-jahresberichte/weitere-themen/naik> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

## 6. Kooperative Anlaufstellen der Akut- und Notfallversorgung vor Ort ausgestalten

Die Notfallmedizin ist in besonderem Maße von der sektoralen Trennung des Gesundheitssystems betroffen. Ein wichtiges Ziel der Notfallreform muss sein, dass die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung für Patientinnen und Patienten keine Versorgungsbrüche bedeutet und Ärztinnen und Ärzte unter fairen Bedingungen sektorenverbindend agieren können.

### ➔ Forderungen der Ärzteschaft

- ➔ Mit den Integrierten Notfallzentren (INZ) darf kein weiterer Versorgungssektor entstehen, mit dem neue Schnittstellen eröffnet werden. Sofern regional eine entsprechende Struktur notwendig und sinnvoll erscheint, muss sie unter Vernetzung der gewachsenen Strukturen aufgebaut werden.
- ➔ Gemeinsame Entscheidung von KVen und Krankenhäusern über die Kooperation vor Ort. Im Konfliktfall können regionale Gremien unter Beteiligung der Ärztekammern entscheiden.
- ➔ Gewährleistung eines finanziell abgesicherten Struktur- und Personalaufbaus statt der Einführung von Benchmarks. Sanktionen sind kein probates Mittel, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.
- ➔ Perspektivische Einführung eines bundesweiten, standardisierten und validierten medizinischen Ersteinschätzungsinstrumentes. Dieses Instrument sollte auf der gleichen Systematik beruhen wie die Ersteinschätzung in den Leitstellen.
- ➔ Weiterleitung von Patientinnen und Patienten aus der gemeinsamen Anlaufstelle in die ambulante Regelversorgung ggf. nach ärztlicher Rücksprache.
- ➔ Schaffung von Anreizen für einen telefonischen Erstkontakt (z. B. kurze Wartezeiten in der zugewiesenen Behandlungseinrichtung, keine erneute Ersteinschätzung).
- ➔ Einführung eines Dispensierrechts und der Möglichkeit der Ausstellung von AU-Bescheinigungen durch Ärztinnen und Ärzte in den Behandlungseinrichtungen der ambulanten Notfallversorgung.

## 7. Vernetzung und Datenintegrität schaffen

Eine vernetzte, sektorenübergreifende Reform der Akut- und Notfallversorgung kann nur auf Grundlage einer umfassenden Digitalisierung funktionieren. Die Akteure müssen über digitale Lösungen miteinander kommunizieren und Kapazitäten einsehen können. Daten müssen digital und standardisiert erhoben und über Schnittstellen hinweg an allen beteiligten Einrichtungen sowie zu Analyse Zwecken nutzbar sein.

### ➔ Forderungen der Ärzteschaft

- ➔ Entwicklung eines datenschutzkonformen medizinischen Informationsobjektes (MIO) „Notfallakte“ durch die Mio42. Diese Notfallakte kann initial beim ersten Kontakt mit der Notfallversorgung angelegt werden und ist für alle weiteren in der Notfallkette Tätigen online verfügbar.
- ➔ Beauftragung an die gematik, dieses MIO und den gesamten Fallaktenprozess in die ePA zu integrieren, um in der ePA abgelegte Informationen direkt den behandelnden Stellen verfügbar zu machen.
- ➔ Durchgängige und vollständige Fallvignetten: Daten, die im konkreten Fall einmal erhoben wurden, müssen bis zum Fallabschluss durchgängig mitgeführt werden, um Informationsbrüche und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.
- ➔ Definition einheitlicher Standards für interoperable Schnittstellen, Kommunikationstechnik und Datensätze.
- ➔ Bereitstellung und Bekanntgabe notfall- und akutmedizinischer Kapazitäten der Arztpraxen (IVENA).<sup>21</sup>
- ➔ Die Kapazitäten der stationären Versorgung, einschließlich Behandlungskapazitäten für Notfälle (Chest Pain Unit, Stroke Unit, Traumazentren etc.) und Bettenverfügbarkeit (Intensiv- und Normalstationen), müssen den Leitstellen, dem Rettungsdienst, dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Notaufnahmen bzw. deren gemeinsamen Anlaufstellen in Echtzeit angezeigt werden (IVENA).<sup>22</sup>
- ➔ Einrichtung von Strukturen, über die die Leitstellen und der Ärztliche Bereitschaftsdienst bzw. die weiteren Behandlungseinrichtungen - wie vertragsärztliche Bereitschaftsdienstpraxen, Notfallzentren und Notaufnahmen – online direkte Terminvergaben für eine Weiterleitung in nachgeschaltete Strukturen einschließlich komplementärer Strukturen vornehmen können.
- ➔ Automatisierte Zusammenführung der in der Akut- und Notfallversorgung erhobenen Daten in einem Register zur Nutzung für Transparenz, Forschung und Qualitätsmanagement.

<sup>21</sup> <https://www.kvhessen.de/praxis-management/san-projekt> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>22</sup> <https://www.ivena.de/page.php?k1=main&k2=index> [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

## 8. Resilienz der Akut- und Notfallversorgung gewährleisten

Akute Krisen der jüngeren Vergangenheit wie die Corona-Pandemie oder auch die Flut im Ahrtal haben gezeigt, dass Akut- und Notfallversorgung in Krisensituation besondere Bedeutung erlangt und dass in einem System mit ohnehin beschränkten Kapazitäten eine Bewältigung von Katastrophenlagen ungleich schwerer ist. Es ist daher zwingend notwendig, ein System zu etablieren, das für den Katastrophenfall gewappnet ist. Dazu gehören auch Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Notfallversorgung.

### Forderungen der Ärzteschaft

- Berücksichtigung von Sonderlagen, wie den Massenanfall von Verletzten (MANV) und den Massenanfall von Infizierten (MANI), bei der Abbildung der Investitions- und Vorhaltekosten.
- Finanzierung der Vorhaltung von Notfallkapazitäten. Die Versorgung von kritisch kranken Patientinnen und Patienten muss oberste Priorität haben und darf nicht das wirtschaftliche Überleben der Krankenhäuser gefährden.
- Definition von Schnittstellen zum Katastrophenschutz und zur Bundeswehr unter Vermeidung von Doppelplanungen. Dies ist insbesondere bei einer Eingliederung des Rettungsdienstes in das SGB V relevant.
- Verstärkung des während der Corona-Pandemie entwickelten „Kleeblatt-Systems“.<sup>23</sup>
- Stärkung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und enge Zusammenarbeit mit den BG-Kliniken.
- Einführung eines regelmäßigen, externen Supervisionsangebotes für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Notaufnahmen und im Notfall- und Rettungsdienst zur Prävention von Burnouts, zur frühzeitigen Klärung von Teamkonflikten und zum besseren Verständnis der Belastungssituation aller Mitarbeitenden

<sup>23</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/COVRIIN/Patientenverlegung/FG\\_COVRIIN\\_Strategische\\_Patientenverlegung.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/COVRIIN/Patientenverlegung/FG_COVRIIN_Strategische_Patientenverlegung.html)  
[zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

## 9. Finanzierung von Strukturaufbau und Vorhalteleistungen sichern

Eine spürbare Entlastung der Notfallstrukturen ist nur möglich, wenn im ambulanten und stationären Bereich ausreichend strukturelle und vor allem personelle Kapazitäten vorgehalten werden. Dazu müssen der ambulante und der stationäre Bereich gestärkt werden.

### Forderungen der Ärzteschaft

- Gewährleistung patienten- und aufgabengerechter personeller und struktureller Ressourcen. Reformen zur Stärkung des ambulanten und des stationären Sektors müssen zeitnah umgesetzt und die Transformationskosten ausreichend finanziert werden.
- Einführung einer Vorhaltefinanzierung im ambulanten und im stationären Sektor, um ausreichende Kapazitäten für nicht-elektive Patienten sicherzustellen.
- Einführung einer Vorhaltefinanzierung in den Einrichtungen der Akut- und Notfallversorgung. Dies ist aufgrund der fehlenden Planbarkeit von Notfällen zwingend.
- Extrabudgetäre Vergütung von Leistungen der ambulanten Akut- und Notfallversorgung.

## 10. Regionale Strukturen und Besonderheiten berücksichtigen

Beginnend mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2011 wurden gesetzliche Regelungen zur Kooperation von Kassenärztlichen Vereinigungen mit Krankenhäusern in der Notfallversorgung geschaffen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aus dem Jahr 2015 wurde das Konzept der Notdienstpraxen (Portalpraxen) ins SGB V aufgenommen. Auf Grundlage dieser Regelungen wurden landesweit kooperative regionale Strukturen aufgebaut.

### Forderungen der Ärzteschaft

- Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen, regionalen Voraussetzungen und Bedarfe der Bevölkerung vor Ort.
- Einbindung der sektorenverbindenden Expertise ärztlicher Körperschaften.
- Schaffung regionaler Gremien und verpflichtende Einbindung der Ärztekammern mit Antrags-, Mitberatungs- und Stimmrecht. Die Aufgaben der Gremien sollten u. a. die folgenden Punkte umfassen:
  - Die Festlegung der Standorte und Öffnungszeiten der gemeinsamen Anlaufstellen.
  - Schlichtungsfunktion bei der Ausgestaltung der jeweiligen Kooperation von KV und Krankenhaus.
  - Erfahrungsaustausche mit den Akteuren vor Ort.

## 11. Sinnvolle Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen schaffen

Ärztinnen und Ärzte, Disponenten, Pflegefachpersonen, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, Medizinische Fachangestellte, Physician Assistants und weitere Berufe müssen eng zusammenarbeiten, um eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung von Akut- und Notfallpatienten zu gewährleisten. Dafür müssen anhand von Qualifikationen, Kompetenzen, Erfahrungswissen und Verantwortlichkeiten die Rollen klar abgesprochen und verteilt werden.

### Forderungen der Ärzteschaft

- Berücksichtigung der „Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung“ bei der Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Akut- und Notfallversorgung.<sup>24</sup>
- Gewährleistung einheitlicher Qualifikations- und Prüfungsstandards für alle in der Notfallversorgung tätigen medizinischen Fachberufe durch einheitlich geregelte Abschlüsse.
- Gewährleistung der erforderlichen Kompetenzen vor einer Übertragung bislang von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommenen Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten an anderes Fachpersonal.
- Alle Tätigkeiten, für die spezifische ärztliche Fachkenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, müssen weiterhin dem Arztvorbehalt unterliegen. Im innerärztlichen Austausch sowie im Dialog mit den anderen Gesundheitsfachberufen ist das Bewusstsein dafür zu schärfen, welche Tätigkeiten zum Kern ärztlicher Berufsausübung gehören, insbesondere wegen ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit, Komplexität oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen.

<sup>24</sup> [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Positionen\\_BAEK\\_zu\\_einer\\_interdisziplinaren\\_u.\\_teamorientierten\\_Patientenversorgung\\_2023-12-20.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Positionen_BAEK_zu_einer_interdisziplinaren_u._teamorientierten_Patientenversorgung_2023-12-20.pdf) [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

## 12. Ärztliche Qualifikationen und Qualität in ärztlicher Hand

Vor dem Hintergrund eines sich verschärfenden Personalmangels müssen Ärztinnen und Ärzte ressourceneffizient und ohne unnötige bürokratische Lasten so eingesetzt werden, dass eine hohe Versorgungsqualität und Patientensicherheit gewährleistet sind.

Die Aufgaben der Ärztekammern umfassen die Überwachung der Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten, die Sicherung der Qualität der Weiterbildung und die Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Für diese Fragen sind sie die primären Ansprechpartner.

### Forderungen der Ärzteschaft

- ➔ Ärztliche Qualifikationen, ärztliche Kompetenzen und ärztliches Handeln liegen in Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung.
- ➔ Gewährleistung der Beteiligung aller Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis an der Akut- und Notfallversorgung. Die Behandlung von Notfällen ist integraler Bestandteil aller fachärztlichen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung. Die Ärztekammern bieten ihren Mitgliedern Fortbildungen im Bereich der Akut- und Notfallmedizin an, die eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten.
- ➔ Verzicht auf überbordende Qualifikationsanforderungen, die die Gefahr eines sich verschärfenden ärztlichen Personalmangels und damit die Verschlechterung der Versorgung gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen bergen. Maßgaben z. B. des Medizinischen Dienstes, die über die Anforderungen des G-BA gemäß der Richtlinie „Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ hinausgehen, sind insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten nicht zielführend.
- ➔ Empfehlung des Notarztindikationskatalogs der Bundesärztekammer (NAIK) als Standard-Handreichung für strukturierte Notrufabfrageschemata der Disponentinnen und Disponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen. Der NAIK wurde Ende 2023 aktualisiert und konkretisiert auf der Basis des aktuellen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, welche Aufgaben von Notärztinnen und Notärzten wahrgenommen werden müssen.<sup>25</sup>
- ➔ Empfehlung ärztlicher Qualifikations-Standards der Bundesärztekammer für die präklinische Notfallversorgung. Dazu gehören die Empfehlungen zur Qualifikation des Leitenden Notarztes und des ärztlichen Leiters Rettungsdienst. Beide Curricula werden derzeit aktualisiert.
- ➔ Nutzung des Curriculums „Telenotärztin/Telenotarzt“ der Bundesärztekammer als Grundlage für eine bundeseinheitlich standardisierte Qualifikation von Telenotärztinnen und Telenotärzten.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Medizin\\_und\\_Ethik/2023-11-23\\_Bek\\_BAEK\\_NAIK.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/2023-11-23_Bek_BAEK_NAIK.pdf) [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]

<sup>26</sup> [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum\\_Telenotarzt\\_Telenaerztin.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Telenotarzt_Telenaerztin.pdf) [zuletzt abgerufen am 04.04.2024]



## Impressum

Herausgeber:

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1 | 10623 Berlin

Fon: +49 (0) 30/ 400 456-0

Fax: +49 (0) 30/ 400 456-388

E-Mail: [info@baek.de](mailto:info@baek.de)

[www.baek.de](http://www.baek.de)

Stand: April 2024

Layout und Umsetzung:

rsplus Berlin | [dr.richter+spurzem@gbr](mailto:dr.richter+spurzem@gbr)

[www.rsplus.net](http://www.rsplus.net)